

The background of the journal cover is a photograph of a desk. In the foreground, there is an open watercolor palette with various colors of paint. A brush lies across the palette. To the right, a black lens cap with the 'Canon' logo is visible. In the background, a pair of glasses with purple-tinted lenses and a wooden desk are out of focus.

 **interface**
comunicação saúde educação

2016; 20(56)

ISSN 1807-5762

UNESP

Colativo Preguiza, 2013



Interface - comunicação, saúde, educação/
UNESP, 2016; 20(56)
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

editorial

- 5 Interprofessional education in Brazil: building synergic networks of educational and healthcare processes
Ana Maria Chagas Sette Câmara; Antonio Pithon Cyrino; Eliana Goldfarb Cyrino; George Dantas Azevedo; Marcelo Viana da Costa; Maria Isabel Barros Bellini, et al.

artigos

- 13 Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no *facebook*
Leandro Brambilla Martorell; Wanderson Flor do Nascimento; Volnei Garrafa
- 25 Análisis temático sobre la fibromialgia en la prensa escrita Argentina: descripciones generales y el rol de la psicología
Mercedes Sarudiansky
- 37 Hormônios, sexualidade e envelhecimento masculino: um estudo de imagens em *websites*
Cristiane da Costa Thiago; Jane Araujo Russo; Kenneth Rochel de Camargo Júnior
- 51 Análise do discurso argumentativo na coordenação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Juliano de Carvalho Lima; Francisco Javier Uribe Rivera; Elizabeth Artmann
- 65 Crônica do grupo: ferramenta para análise colaborativa e melhoria da reflexão na pesquisa-ação
Tais Quevedo Marcolino; Aline Maria de Medeiros Rodrigues Realí
- 77 Diversos nomes para o cansaço: categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho
Rafaela Zorzanelli; Isabela Vieira; Jane Araujo Russo
- 89 Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS)
Daniela Koeller Rodrigues Vieira; César Augusto Orazen Favoreto
- 99 Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil
Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos; Rosana Magalhães
- 111 Saúde, ecologia de saberes e estudos de impactos ambientais de refinarias no Brasil
José Marcos da Silva; Idê Gomes Dantas Gurgel; Lia Giraldo da Silva Augusto
- 123 Palhaços: uma revisão acerca do uso dessa máscara no ambiente hospitalar
Mariana Sato; Artur Ramos; Carolina Costa Silva; Gustavo Rosa Gameiro; Camila Morato da Conceição Scatena
- 135 O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções
Laura Cavalcanti de Farias Brehmer; Flávia Regina Souza Ramos
- 147 Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde
Ana Claudia Freitas de Vasconcelos; Elke Stedefeldt; Maria Fernanda Petrolí Frutuoso
- 159 Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)
Cristina Garcia Lopes Alves; Maria Regina Martinez
- 171 Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual
Rosângela Minardi Mitre Cotta; Glauce Dias da Costa

debates

- 185 Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care
Scott Reeves
- 197 Marcelo Viana da Costa
199 Marina Peduzzi
202 Nildo Alves Batista; Sylvia Helena Souza da Silva Batista
205 Reply

espaço aberto

- 207 O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais
Bruno Ferrari Emerich; Silvio Yasui
- 217 Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial
Maria Elisabeth Kleba; Liane Colliselli; Altamir Trevisan Dutra; Eliara Solange Müller
- 227 Usuários da saúde mental como educadores: o que suas narrativas podem nos ensinar?
Fernando Schimidt El-Jaick; Karen Bello Berg; Mônica Monteiro Peixoto; Octavio Domont de Serpa Júnior

entrevistas

- 239 A acupuntura no Brasil: uma concepção de desafios e lutas omitidos ou esquecidos pela história – Entrevista com dr. Evaldo Martins Leite
Sabrina Pereira Rocha; Dante Marcello Claramonte Gallian

livros

notas breves

- 253 A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde
Carmen Simone Grilo Diniz; Denise Yoshie Niy; Halana Faria de Aguiar Andrezzo; Priscila Cavalcanti Albuquerque Carvalho; Heloisa de Oliveira Salgado
- 261 Direito à saúde: o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?
Gastão Wagner de Sousa Campos; Rubens Bedrikow; Júlia Amorim Santos; Lilian Soares Vidal Terra; Juliana Azevedo Fernandes; Fabiano Tonaco Borges

criação

- 267 O Coletivo (com) Preguiça: encontros, fluxos, pausas e artes
Arthur Calheiros Amador; Eliane Dias de Castro

editorial

- 9 Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde
Ana Maria Chagas Sette Câmara; Antonio Pithon Cyrino; Eliana Goldfarb Cyrino; George Dantas Azevedo; Marcelo Viana da Costa; Maria Isabel Barros Bellini, et al.

articles

- 13 Social networks, privacy, confidentiality and ethics: exhibition of pictures of patients on Facebook
Leandro Brambilla Martorell; Wanderson Flor do Nascimento; Volnei Garrafa
- 25 A thematic analysis on papers about fibromyalgia in the Argentine printed press: general descriptions and the role of psychology
Mercedes Sarudiansky
- 37 Hormones, sexuality and male aging: a study of website images
Cristiane da Costa Thiago; Jane Araujo Russo; Kenneth Rochel de Camargo Júnior
- 51 Analysis of argumentative discourse in coordinating a mobile emergency care service
Juliano de Carvalho Lima; Francisco Javier Uribe Rivera; Elizabeth Artmann
- 65 Group chronicle: a tool for collaborative analysis and improvement of reflection on action research
Taís Quevedo Marcolino; Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali
- 77 Several names for tiredness: emergent categories and their relationship with the world of work
Rafaela Zorzanelli; Isabela Vieira; Jane Araujo Russo
- 89 Narratives on health: reflections on care for people with disabilities and genetic disease within the Brazilian National Health System (SUS)
Daniela Koeller Rodrigues Vieira; César Augusto Orazen Favoreto
- 99 Educational practices within food and nutritional security: reflections from the Family Health Strategy experience in João Pessoa, state of Paraíba, Brazil
Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos; Rosana Magalhães
- 111 Health, ecology of knowledge and environmental impact studies on oil refineries in Brazil
José Marcos da Silva; Idê Gomes Dantas Gurgel; Lia Giraldo da Silva Augusto
- 123 Clowns: a review about using this mask in the hospital environment
Mariana Sato; Artur Ramos; Carolina Costa Silva; Gustavo Rosa Gameiro; Camila Morato da Conceição Scatena
- 135 The healthcare model in training for nursing: experiences and perceptions
Laura Cavalcanti de Farias Brehmer; Flávia Regina Souza Ramos
- 147 An experience of teaching-service integration and change of professional practices: healthcare professionals speak out
Ana Claudia Freitas de Vasconcelos; Elke Stedefeldt; Maria Fernanda Petrolí Frutuoso

- 159 Gaps between nutritionists' training and their skills profile for working within Brazilian National Health System (SUS)
Cristina Garcia Lopes Alves; Maria Regina Martinez
- 171 Assessment instruments and self-evaluation of reflective portfolios: a theoretical-conceptual construction
Rosângela Minardi Mitre Cotta; Glaucete Dias da Costa

debates

- 185 Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro
Scott Reeves
- 197 Marcelo Viana da Costa
199 Marina Peduzzi
202 Nildo Alves Batista; Sylvania Helena Souza da Silva Batista
205 Réplica

open space

- 207 Psychiatric hospitals in timeless dialogues
Bruno Ferrari Emerich; Silvio Yasui
- 217 Interpretive trail as a health education strategy: potential for intersectoral and multiprofessional work
Maria Elisabeth Kleba; Liane Colliselli; Altamir Trevisan Dutra; Eliara Solange Müller
- 227 Mental health users as educators: what can their narratives teach us?
Fernando Schimidt El-Jaick; Karen Bello Berg; Mônica Monteiro Peixoto; Octavio Domont de Serpa Júnior

interviews

- 239 Acupuncture in Brazil: a conception of challenges and struggles omitted or forgotten by history - Interview with doctor Evaldo Martins Leite
Sabrina Pereira Rocha; Dante Marcello Claramonte Gallian

books

brief notes

- 253 The vagina-school: interdisciplinary seminar on violence against woman in the teaching of the health professions
Carmen Simone Grilo Diniz; Denise Yoshie Niy; Halana Faria de Aguiar Andrezzo; Priscila Cavalcanti Albuquerque Carvalho; Heloisa de Oliveira Salgado
- 261 Right to health: is the Brazilian National Health System (SUS) at risk?
Gastão Wagner de Sousa Campos; Rubens Bedrikow; Júlia Amorim Santos; Lilian Soares Vidal Terra; Juliana Azevedo Fernandes; Fabiano Tonaco Borges

creation

- 267 The Collective (with) Laziness: meetings, streams, breaks and arts
Arthur Calheiros Amador; Eliane Dias de Castro

Interprofessional education in Brazil: building synergic networks of educational and healthcare processes

Introduction

The health care practices supported by interprofessional education (IPE) and the debate about those processes are in the early stages in Brazil¹. This does not mean that the country lacks a richness of previous experiences that are a fertile basis for expanding and strengthening IPE, being its conceptual framework and operational proposal very much in line with the cornerstones of the Brazilian Unified Health System (SUS)². The SUS is the national public policy in health matters and is geared towards universal access, comprehensiveness and social participation, articulated around Primary Health Care as the backbone of the network³. In this editorial we outline social and political processes that have contributed to the development of interprofessional practice (IPP) in Brazil. We also describe an international colloquium which provided an important forum for discussion and debate around interprofessional education and collaboration. Based on discussions during this colloquium we go on to describe the establishment of a national collaborative network in interprofessional education and practice.

This editorial also marks a collaborative venture by the editors of *Journal of Interprofessional Care* and *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* to work together and publish matched editorials in both English and Portuguese that explore key issues of mutual interest to readers of both journals.

Brazilian context

The social and political process that resulted in the building of such universal health care system⁴, was anchored in the aforementioned principles and resulted in acknowledging the need of interprofessional and interdisciplinary teamwork, especially in primary care and health care networks contexts. These circumstances fostered the uprising of innovative proposals for developments in teamwork practices, centered in health needs both of individuals and communities. Studies of initiatives in primary care, in mental health and hospitals (among other settings) that show, "success in reorganizing the *modus operandi* of teams, based in a technical care model that fosters interprofessional collaboration"⁵ (p. 254). Notwithstanding those successful stories, teamwork in Brazil still has a long road ahead to be consolidated as an effective practice and to overcome the usual fragmented work process, if we take as a reference the framework of collaborative interprofessional practice proposed as a global goal by the World Health Organization⁶.

This promising context and subsequently the need of strengthening the public policies for a reorientation of health professional training were the starting point for summoning a first International Colloquium of Interprofessional Education and Practice, in Natal (Rio Grande do Norte state, in the Northeast region of Brazil) on July 12th and 13th, 2015.

An international colloquium

The Colloquium was organized by the Federal University of Rio Grande do Norte (UFRN), the State University of Rio Grande do Norte (UERN), the Secretariat for Labor and Education of the Ministry of Health (SGTES) and the

Pan American Health Organization (PAHO). The following academic institutions were key participants in the organization: Botucatu School of Medicine (FMB), as part of the State University of Sao Paulo (Unesp), the Federal University of Sao Paulo (Unifesp), the University of Sao Paulo (USP) and the Federal University of Minas Gerais (UFMG), with the support of several special projects called Pro-Ensino financed by the federal Coordination of High Level Education Improvement (Capes), a branch of the Ministry of Education. The participants came from several states and universities, and were selected from the ranks of teachers, graduate and post graduate students, health care providers, health services managers and researchers. The Colloquium was intended to encompass both the diversity of the national context and the international developments.

Four main thematic areas were in focus during the colloquium: (1) The role of IPE and practice in promoting equity in health, a national priority due to the burden of inequality still prevalent; (2) Interprofessional educational and practice in the public policies for reorienting health professional training in Brazil, with an emphasis in the effects of the “nudging function” of the Ministry of Health in the present context; (3) The need for more evidence coming from research on IPE and interprofessional practice (IPP), that may show impacts on quality both in the educational and the service delivery processes; (4) A critical look on the pioneering experiences on IPE and IPP and their interactions with a wider inter-sectoral perspective.

Several of the IPE experiences analyzed were considered as wide-range innovations in the federal universities. In Unifesp’s campus Baixada Santista, in 2006 an integrated interprofessional curriculum was put in practice, with the participation of six health professional courses, and guided by IPE, teamwork promotion and collaborative practice; the Ceilandia School of Health (FC), part of the Federal University of Brasilia (UnB), from its inception in 2008, was composed of five professional courses that develop activities in an integrated fashion and interacts with a local community that was requesting access to higher education; the Federal University of the South Bahia (UFSB) chartered in 2013 adopted from the start a cycle structure in order to allow for a greater flexibility to design higher education itineraries beginning with an Interdisciplinary Bachelor in Health Sciences to progress, depending on the student’s choice, to a more traditional health professions career and post graduate studies. All these initiatives were considered as examples of shifts in the model, and are especially relevant considering the present expansion of universities and health care professional courses in countryside and mid-size cities and regarding the public policies geared to strengthen the primary care based healthcare model.

Discussions at the colloquium also stressed the importance of several “nudging policies” for reorientation of health professional education emanated from the partnership Ministry of Health- Ministry of Education: the Training through Work in Health (PET-Saude) and the Multi-professional Residency Program. The former is a strategy to promote training-service-community integration, gathering teachers and students of different fields and practitioners. It places a bet in the role of working in the primary care setting as a tool for the improvement of the learning process, and specifically promoting the students’ integration in the Family Health Strategy. In this way, PET-Saude can be considered the main *locus* for integration of activities between healthcare and health professional training.

An overview of IPE in Brazil in a recent article that mapped out initiatives in the global context, including Latin America², presented a series of still not consolidated experiences, scattered around the Brazilian territory in diverse geographic and social settings. A strong point made by the colloquium was that there is a need to systemize the range of experiences that are being developed throughout Brazil. It was also stressed the importance of disseminating all that is being produced as food for thoughts and critical reflection on these IPE implementation scenarios, to add up forces to overcome barriers and to claim for the continuity of robust public policies.

Establishing a national interprofessional network

As a result of the colloquium, a set of actions and priority areas demanding for investments in order to strengthen IPE in Brazil were listed: to promote local and regional core groups to mobilize forces around IPE from universities to support and consolidate the existing initiatives; to request the continuity of the nudging policies of the Ministry of Health-Ministry of Education such as PET-Saude and Multiprofessional Residency; to build a collaborative network in interprofessional education and practice, allowing information exchange, reciprocal learning and support for the expansion of IPE and collaborative practice in the country; to promote a network of medical schools that may foster innovations and an expanded dialogue with other health professional schools; to engage in dialogues and collaboration with the international community of stakeholders interested in IPE; to develop research to supply evidences about different aspects of implementation of IPE in Brazil, evaluating its effects in quality of both training process and healthcare services, contributing to build a shared base of concepts and terminology.

Concluding comments

The road ahead in Brazil looks extensive, and progress will require not only dialogues but an effective alliance among all those with a stake in the improvement of healthcare and professional training – universities, health professionals, managers and decision-makers in all levels of government, public regulation agencies, patients and population. This joint movement may prove itself useful to overpass hegemonic models of single and separated professional training and practice that are not longer responsive to present challenges and complexities of health needs.

Ana Maria Chagas Sette Câmara

Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, MG, Brazil. anasettecâmara@gmail.com

Antonio Pithon Cyrino

Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP – Univ Estadual Paulista.
Botucatu, SP, Brazil. acyrino@fmb.unesp.br

Eliana Goldfarb Cyrino

Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP – Univ Estadual Paulista.
Botucatu, SP, Brazil. ecyrino@fmb.unesp.br

George Dantas Azevedo

Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Natal, RN, Brasil. georgedantas.faimer@gmail.com

Marcelo Viana da Costa

Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.
Pau dos Ferros, RN, Brasil. vianacostam@yahoo.com.br

Maria Isabel Barros Bellini

Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
Porto Alegre, RS, Brasil. maria.bellini@pucrs.br

Marina Peduzzi

Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. marinape@usp.br

Nildo Alves Batista

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São
Paulo (Unifesp). campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. nbatista@unifesp.br

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Unifesp, campus Baixada Santista.
Santos, SP, Brasil. sylvia.batista@unifesp.br

Scott Reeves

Centre for Health and Social Care Research, Kingston University;
St George's University of London. London, UK.
s.reeves@sgul.kingston.ac.uk

References

1. Costa MV, Vilar MJ, Azevedo GD, Reeves S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):379-80.
2. Barr H. *Interprofessional education: the genesis of a global movement*. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. [acesso 2015 Set 14]. Ministério da Saúde: Brasília (DF): MS; 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
4. 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. 128(182).
5. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):239-55.
6. World Health Organization. *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: WHO; 2010.

Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde

Introdução

Na realidade brasileira, o debate e as práticas apoiadas na educação interprofissional (EIP) são recentes¹. A despeito disso, há importantes acúmulos históricos que constroem um contexto fértil para sua ampliação e fortalecimento, tendo em vista que a concepção e a proposta da EIP estão fortemente alinhadas com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)². Este constitui a política pública de saúde do país e preconiza: universalidade do acesso, integralidade, participação social e a atenção básica à saúde como ordenadora do cuidado³.

Neste editorial, assinalamos processos sociais e políticos que têm contribuído para o desenvolvimento da prática interprofissional no Brasil. Também resumimos os resultados do I Colóquio internacional, que se constituiu num importante fórum para discussão e debate da educação e colaboração interprofissional. Finalmente, baseados nas discussões do colóquio, detalhamos a necessidade de se estabelecer uma rede colaborativa de educação e prática interprofissional.

Este editorial também marca uma iniciativa de colaboração dos editores do *Journal of Interprofessional Care* e da *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* para publicar editoriais em inglês e português que delineiam uma série de questões críticas relacionadas com o avanço da colaboração interprofissional no Brasil.

O contexto brasileiro

O processo social e político de construção do SUS⁴, ancorado nos princípios acima referidos, levou ao reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe interprofissional e interdisciplinar, em especial na atenção primária e nas redes de atenção à saúde.

Essa trajetória permitiu formular propostas inovadoras de desenvolvimento do trabalho em equipe centrado nas necessidades das pessoas no âmbito individual e coletivo. Estudos mostram que existem iniciativas na atenção básica, na saúde mental e em hospitais públicos, entre outros, que revelam “êxitos a partir da reorganização do *modus operandi* de suas equipes com base em um modelo technoassistencial que favorece a colaboração interprofissional”⁵ (p. 254).

Não obstante as experiências de sucesso, o trabalho em equipe no Brasil ainda tem um longo caminho pela frente para se consolidar como uma prática eficaz para superar o tradicional processo de trabalho fragmentado, se tomarmos como referência o quadro das práticas colaborativas interprofissionais proposto como meta global pela Organização Mundial da Saúde⁶.

Esse contexto promissor e a necessidade de reforçar as políticas públicas para uma reorientação da formação profissional de saúde foram o ponto de partida para a realização do I Colóquio Internacional de Educação e Trabalho Interprofissional, em Natal (Rio Grande do Norte, na região Nordeste do Brasil), nos dias 12 e 13 de julho de 2015.

O Colóquio Internacional

O colóquio foi organizado pelas: Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Universidade Estadual do Rio Grande do Norte (UERN), Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde do Ministério da Saúde,

e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Importantes universidades brasileiras foram participantes-chave na organização: Faculdade de Medicina de Botucatu (FMB) da Universidade Estadual Paulista (Unesp), Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), Universidade de São Paulo (USP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com apoio de projetos Pró-Ensino na Saúde da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes).

O evento contou com a participação de: professores universitários, estudantes de graduação e pós-graduação, residentes, profissionais dos serviços de saúde, gestores de serviços de saúde e pesquisadores de diversos estados e universidades brasileiras. O Colóquio contemplou tanto a realidade nacional como internacional.

Foram analisados quatro grandes temas durante o colóquio: (1) papel da educação e prática interprofissional na promoção da equidade em saúde, abordagem que precisa ser intensificada dada a enorme desigualdade presente no país; (2) a EIP no âmbito das políticas nacionais de reorientação da formação de profissionais de saúde no Brasil, com ênfase no papel indutor desempenhado pelo Ministério da Saúde no cenário atual; (3) a necessidade de desenvolvimento de pesquisa sobre EIP e prática interprofissional PI, que possa mostrar o impacto tanto sobre a qualidade da formação quanto da atenção à saúde; e (4) reflexões sobre iniciativas pioneiras de EIP no Brasil, articuladas com a perspectiva intersetorial.

Foram apresentadas experiências de EIP que representam inovações amplas em universidades federais do país. A Unifesp, *campus* Baixada Santista, implantou, em 2006, um currículo integrado interprofissional abrangendo seis cursos da saúde, orientado pela EIP para o trabalho em equipe e prática colaborativa; a Faculdade de Ceilândia (FC) da Universidade de Brasília (UnB), instalada em 2008, criou cinco cursos de graduação da saúde integrados, e representou o acolhimento de expressiva demanda dos movimentos sociais da comunidade local para o acesso à universidade pública e gratuita; e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), criada em 2013, que adotou a formação em ciclos para maior flexibilidade no percurso do Ensino Superior, iniciando com o Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, e seguindo, se for opção do estudante, com formação específica em uma área profissional da saúde e, depois, na pós-graduação.

Todas essas iniciativas foram consideradas modelos de mudanças do processo de formação, e são especialmente relevantes, considerando o atual contexto de expansão de universidades e cursos da área da saúde para cidades do interior do Brasil e a implantação de programas e políticas públicas direcionadas para consolidar o modelo de atenção à saúde centrado na AB.

As discussões do Colóquio salientaram, também, a importância das políticas indutoras para a reorientação da educação dos profissionais de saúde desenvolvidas pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação: o Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET Saúde) e a Residência Multiprofissional.

A primeira constitui estratégia para promover a integração ensino-serviço-comunidade, a partir da formação de grupos de trabalho que envolvem docentes, estudantes de diferentes cursos de graduação e profissionais de saúde. É uma "aposta" na qualificação do processo de ensino-aprendizagem de estudantes pelo trabalho na rede de atenção à saúde, que promove a inserção efetiva dos estudantes na atenção básica, em especial, na Estratégia Saúde da Família. Desse modo, o PET-Saúde configura-se como *locus* privilegiado de integração entre as atividades de atenção à saúde e da formação em saúde.

Uma visão geral da EIP no Brasil, em um artigo recente que mapeou iniciativas no contexto global, incluindo a América Latina², mostra um conjunto de experiências ainda tímido e disperso na extensão e diversidade do território nacional. Um dos pontos fortes do Colóquio foi evidenciar a necessidade de se sistematizar a variedade de experiências que estão sendo desenvolvidas nas diferentes regiões do Brasil. Também foi destacada a necessidade de divulgação do que vem sendo realizado, como contribuição para se pensar e refletir criticamente sobre esses cenários de implementação da EIP, somando forças na superação das dificuldades e na reivindicação pela continuidade de políticas indutoras duradouras e sólidas.

A necessidade de uma rede interprofissional colaborativa

Como resultado do Colóquio, foram elencadas ações e áreas que requerem investimentos para o fortalecimento da EIP no Brasil: criação de núcleos locais e regionais para mobilização em torno da EIP e obtenção do necessário apoio institucional das universidades para introduzir e consolidar iniciativas com esta abordagem; manutenção das políticas indutoras do Ministério da Saúde e da Educação, como PET-Saúde e Residência Multiprofissional; construção de uma Rede Colaborativa em Educação e Trabalho Interprofissional em Saúde que permita trocas, aprendizado e ampliação da EIP, e práticas colaborativas no país, e uma Rede das novas escolas médicas que permita fortalecer as inovações e ampliar o diálogo com a formação em todas as outras profissões da saúde; diálogo e colaboração com outras comunidades internacionais de EIP; desenvolvimento de pesquisas que produzam evidências sobre as experiências brasileiras de EIP, seus impactos na qualidade da formação e dos serviços de saúde, bem como contribuições para avançar no compartilhamento de conceitos e terminologias.

Comentários finais

Há muito por fazer no Brasil, e os avanços requerem não somente diálogo, mas, também, a efetiva articulação entre todos os envolvidos com a atenção à saúde e a formação dos profissionais – universidades, profissionais, gestores de serviços em todos os níveis de governo, órgãos de regulação das profissionais, usuários e população. Com este movimento, busca-se superar os modelos dominantes de educação e prática uniprofissional, que já não respondem mais aos desafios e à complexidade das necessidades de saúde.

Ana Maria Chagas Sette Câmara

Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal de Minas Gerais.
Belo Horizonte, MG, Brasil. anasettecâmara@gmail.com

Antonio Pithon Cyrino

Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP – Univ Estadual Paulista.
Botucatu, SP, Brasil. acyrino@fmb.unesp.br

Eliana Goldfarb Cyrino

Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP – Univ Estadual Paulista.
Botucatu, SP, Brasil. eccyrino@fmb.unesp.br

George Dantas Azevedo

Escola Multicampi de Ciências Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte.
Natal, RN, Brasil. georgedantas.faimer@gmail.com

Marcelo Viana da Costa

Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte.
Pau dos Ferros, RN, Brasil. vianacostam@yahoo.com.br

Maria Isabel Barros Bellini

Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
Porto Alegre, RS, Brasil. maria.bellini@puccrs.br

Marina Peduzzi

Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. marinape@usp.br

Nildo Alves Batista

Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São
Paulo (Unifesp). campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. nbatista@unifesp.br

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Unifesp, campus Baixada Santista.
Santos, SP, Brasil. sylvia.batista@unifesp.br

Scott Reeves

Centre for Health and Social Care Research, Kingston University;
St George's University of London. London, UK.
s.reeves@sgul.kingston.ac.uk

Referências

1. Costa MV, Vilar MJ, Azevedo GD, Reeves S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):379-80.
2. Barr H. *Interprofessional education: the genesis of a global movement*. London: Centre for Advancement of Interprofessional Education; 2015.
3. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. [acesso 2015 Set 14]. Ministério da Saúde: Brasília (DF): MS; 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
4. 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. 128(182).
5. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):239-55.
6. World Health Organization. *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice*. Geneva: WHO; 2010.

Redes sociais, privacidade, confidencialidade e ética: a exposição de imagens de pacientes no *facebook*

Leandro Brambilla Martorell^(a)
Wanderson Flor do Nascimento^(b)
Volnei Garrafa^(c)

Martorell LB, Nascimento WF, Garrafa V. Social networks, privacy, confidentiality and ethics: exhibition of pictures of patients on Facebook. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):13-23.

This investigation aimed to study the exhibition of patients on Facebook promoted by doctors and dentists. Data were gathered between the months of August and September 2013, through retrospectively selecting 39 images that had been published by 17 professionals. In these images, it was possible to identify situations of breach of confidentiality and/or privacy. The principle of respect for individuals' privacy and confidentiality forms part of the main international documents relating to the field of ethics. Both the State and professional bodies have an obligation to protect victims from exhibition of images that compromise the inalienable right to privacy. This study emphasizes that such exposure has negative consequences for patients, healthcare professions and society. It is recommended that this issue should be addressed by all teachers across their institution, with discussions stimulated and guided by the disciplines of Bioethics.

Keywords: Ethics. Privacy. Confidentiality. Social networks. Human Rights.

A pesquisa teve por objetivo estudar a exposição de imagens de pacientes promovida por médicos e cirurgiões-dentistas no *facebook*. A coleta dos dados foi feita entre os meses de agosto e setembro de 2013, selecionando-se, retrospectivamente, 39 imagens que haviam sido publicadas por 17 profissionais. Nestas imagens foi possível identificar situações de quebra de confidencialidade e/ou privacidade. O princípio do respeito à privacidade e confidencialidade das pessoas faz parte dos principais documentos internacionais relacionados com o campo da ética. Tanto o Estado como as entidades profissionais têm a obrigação de proteger vítimas da exposição de imagens que comprometam o direito inalienável à privacidade. O estudo reforça que tais exposições trazem repercussões negativas para pacientes, profissionais de saúde e sociedade. Recomenda-se que o tema seja abordado transversalmente pelo corpo docente, com discussões estimuladas e orientadas pelas disciplinas de Bioética.

Palavras-chave: Ética. Privacidade. Confidencialidade. Redes sociais. Direitos Humanos.

^(a) Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Bioética, Universidade de Brasília (UnB). Cátedra Unesco de Bioética da UnB. Caixa Postal 04367, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. 70919-970 lbmartorell@gmail.com

^(b) Departamento de Filosofia, UnB. Brasília, DF, Brasil. wandersonn@gmail.com

^(c) Programa de Pós-Graduação em Bioética, UnB. Brasília, DF, Brasil. garrafavolnei@gmail.com

Introdução

Em 2013, o mundo chocou-se com as denúncias feitas pelo especialista em informática Edward Snowden, que acusou o governo dos Estados Unidos (EUA) de manter um programa secreto de coleta de dados de telefonemas e internet¹. O jornalista David Price argumentou que, naquele país, a espionagem de telefonemas se iniciou durante a 1ª Guerra Mundial e, recentemente, tem recebido crescente aprovação pela comunidade estadunidense, uma vez que “o medo do terrorismo amplamente difundido e a promessa de respeito aos direitos dos ‘inocentes’ tornaram-se mais importantes que as aspirações à proteção da vida privada e das liberdades civis”².

Este caso reacende a discussão sobre o acesso e uso de informações privilegiadas que alguns Estados, instituições, organizações ou pessoas podem obter de outros membros da sociedade. No campo da saúde, quando se pensa, especificamente, nas informações acessadas pelos profissionais durante o exercício de suas funções, uma das associações mais comuns está relacionada com o pensamento hipocrático: “Tudo quanto veja ou ouça, profissional ou privadamente, que se refira à intimidade humana e não deva ser divulgado, eu mantere em segredo e contarei a ninguém”³ (p. 8). Este compromisso, frequentemente juramentado em solenidades públicas de colação de grau de cursos da área da saúde, também é uma expectativa por parte dos pacientes.

Nos códigos de ética profissional, os itens que se referem à relação profissional-paciente geralmente trazem o sigilo das informações como um direito do paciente; garantir este direito é um dever do profissional. Em determinadas situações nas quais o profissional de saúde se sinta intimidado ou coagido a revelar algum segredo, como nos casos das relações de subordinação trabalhista ou hierárquica, o respeito ao sigilo também pode ser evocado como um direito desse profissional.

Alguns autores^{4,5} acreditam que determinados contextos contribuem para que o desrespeito a tais deveres aconteça com maior frequência, como nos casos de grandes hospitais ou do sistema de assistência privada em saúde, nos quais muitas pessoas têm acesso aos prontuários, à solicitação de exames e outros dados dos pacientes. Mais recentemente, a informatização do setor de saúde, com o aumento do número de ferramentas eletrônicas disponíveis e transferência de dados via internet, também se enquadraram nas situações potencializadoras do risco de quebra de sigilo das informações.

Tal informatização, contudo, não é restrita ao setor da saúde; vários aspectos da vida cotidiana têm sido virtualizados e intermediados por ferramentas eletrônicas, como computadores e celulares. Neste sentido, há uma crescente popularização do uso de redes sociais virtuais entre os profissionais de saúde, que passam a usar tal ferramenta publicando na internet informações sobre suas rotinas profissionais. Assim procedendo, acabam, em muitas situações, se arriscando a quebrar o sigilo e a confidencialidade que devem a seus pacientes.

As redes sociais na internet podem ser definidas como serviços baseados na web, que permitem aos indivíduos: construir um perfil público ou semipúblico dentro de um sistema limitado, articular uma lista de outros usuários com quem eles compartilham uma conexão, verem e percorrerem sua própria lista de conexões e aquelas feitas por outros usuários dentro do sistema⁶. Atualmente, a rede social *facebook* é a mais popular entre os internautas. Segundo dados da própria companhia, “uma em cada três pessoas nos Estados Unidos – mais de 128 milhões de pessoas – visitam o *facebook* todos os dias, e cerca de 24 milhões no Reino Unido fazem o mesmo⁷. Já no Brasil, conforme aferição realizada no mês de março de 2013, o número de usuários que possuíam um perfil nessa ferramenta chegou aos 73 milhões, número elevado ao se considerar que, no país, existem 94 milhões de pessoas com acesso à internet, isto é, pessoas que dispõem de meios de acesso domiciliar à web, ainda que eventualmente não tenham feito uso.

O presente estudo objetiva identificar situações potenciais de quebra de confidencialidade ou privacidade promovidas por profissionais de saúde por meio da publicação de imagens, postadas na rede social *facebook*, de situações relacionadas direta ou indiretamente com seus pacientes.

Métodos

Para a obtenção dos dados da pesquisa, utilizou-se, como referência de rede social, o *facebook*, justamente por ser a rede de maior popularidade entre os internautas do Brasil. Nesta rede, por meio de seus perfis, os usuários podem compartilhar informações – textos, imagens, vídeos, *links* da *web* – por meio de mensagens privadas ou públicas. Esta rede conta ainda com a possibilidade de ativação de configurações onde os usuários podem definir quem possui acesso às informações que estão associadas aos seus perfis.

As informações avaliadas neste trabalho foram obtidas por meio do acesso a imagens extraídas do item “álbuns” dos usuários. Para tanto, a amostra incluiu os perfis de usuários médicos ou cirurgiões-dentistas, e que são pessoas próximas aos autores do artigo nas referidas redes sociais ou amigos dessas pessoas. Os critérios de inclusão foram os perfis de profissionais da saúde e a possibilidade de acesso a álbuns de fotos não bloqueados. Foram excluídos os profissionais que não possuíam fotografia em seus álbuns ou não permitiam o acesso ao mesmo.

Assim, de natureza qualitativa, este estudo optou por uma seleção intencional da amostra, possibilitando a coleta de dados que possuem maior potencial em contribuir para que “o pesquisador [passe] a entender o problema e a questão da pesquisa”⁸ (p. 212). Os perfis inicialmente avaliados foram aqueles de pessoas que os autores guardavam lembrança de já terem identificado, preteritamente, a publicação de fotografias de pacientes. Sequencialmente, realizou-se contato com outros profissionais de saúde (‘informantes-chave’) que indicaram colegas que também haviam feito tais publicações. Em qualquer um dos dois casos, quando havia a identificação de alguma publicação de imagem de paciente, era realizada uma busca em todas as fotografias publicadas pelo perfil do usuário para checagem da existência de outras imagens que também expusessem os pacientes. Desse modo, o perfil do usuário era visitado apenas uma vez, entretanto, com busca em todas as imagens que eram de acesso público.

Além da fotografia em si, fizeram parte do *corpus* de análise: o título da imagem atribuído pelo usuário que a publicou, a quantidade de pessoas que “curtiram” a foto, e a quantidade e conteúdo dos comentários que tal imagem recebeu.

A análise dos dados foi feita por meio da Técnica de Análise de Discurso, que busca uma possibilidade de interpretação da realidade social e, para isso, “propõe o entendimento de um plano discursivo que articula linguagem e sociedade, entremeadas pelo contexto ideológico”⁹ (p. 308).

Resultados

Das imagens

Ainda que a natureza deste trabalho não seja quantitativa, apresenta-se, inicialmente, a descrição numérica de alguns dos resultados encontrados, para melhor caracterização do *corpus* de análise utilizado. Foram selecionadas durante os meses de agosto e setembro de 2013, entretanto, de modo retrospectivo, imagens que já haviam sido publicadas e estavam armazenadas nos “álbuns” de 17 diferentes profissionais da saúde, sendo 12 cirurgiões-dentistas e cinco médicos. No total, foram acessadas 39 imagens, 27 publicadas por cirurgiões-dentistas e 12 por médicos. Somadas, até a data final da coleta dos dados, as 39 imagens haviam recebido um total de trezentos e dez comentários e oitocentas ‘curtidas’. Cabe ressaltar que, para a apresentação e discussão dos títulos e comentários das imagens, os mesmos serão transcritos exatamente como apareceram no texto original, permanecendo, por exemplo, inadequações quanto às normas da língua portuguesa. A única alteração feita pelos autores deste artigo é a omissão do nome do paciente ou do profissional quando este havia sido citado de alguma forma.

Em um primeiro grupo, foram selecionadas, para observação, 11 dessas imagens nas quais foi possível a identificação direta das pessoas envolvidas nas fotos. Sete destes casos se tratavam de imagens individuais, sendo possível identificar completamente a face das pessoas. Outros quatro casos mostravam grupos de pacientes em atividades de educação/prevenção em saúde ou denúncia de unidade de saúde trabalhando acima da capacidade suportada pelo sistema de atenção. Neste primeiro grupo, foram identificadas imagens de crianças em três das tomadas individuais e em uma das tomadas de grupo, sendo que, nesta última, foi possível identificar o rosto de 11 crianças.

Em 15 imagens reunidas em um segundo grupo, foram identificadas partes do rosto de pessoas em centros cirúrgicos ou consultórios, sendo a possibilidade de identificação relativizada. No subgrupo de imagens publicadas por médicos, houve um caso onde aparecia a imagem de um paciente escaldado, provavelmente vítima de um acidente de trânsito. No grupo de imagens publicadas por cirurgiões-dentistas, foram frequentes as tomadas fotográficas de sorrisos que, em alguns casos, incluíam imagens de “antes e depois” referentes às intervenções odontológicas realizadas pelo profissional usuário da rede social. Havia, também, casos de colocação de implantes dentários e extração de dentes. Ainda neste subgrupo, foi possível identificar, no perfil de um especialista na área de cirurgia bucomaxilofacial, uma fotografia de pré e transoperatório de intervenção cirúrgica, que incluía uma extensa incisão em mandíbula. Outro profissional da mesma especialidade também publicou uma foto onde foi possível identificar, parcialmente, o rosto de uma criança sendo suturado em consequência de uma lesão provocada por mordida de cachorro.

Em 11 fotografias metodologicamente reunidas em um terceiro grupo, por sua vez, foram expostas outras partes específicas dos pacientes, como: dentes, placas de gordura e mãos e braços sendo puncionados. Das imagens publicadas por médicos, destacaram-se: uma fotografia onde se pôde observar uma grande lesão lácero-cortante em pescoço e nuca, e um procedimento de aneurismectomia de artéria braquial, que permitia a identificação de extensa incisão cirúrgica no braço do paciente.

Por fim, totalizando as 39 exposições selecionadas para o presente estudo, foram elencadas duas fotografias que apontavam imagens de exames complementares.

Dos títulos e comentários

Uma das imagens de exames complementares exibidas apresentava um exame radiográfico digitalizado, com a exposição do nome completo de uma paciente exposta em duas instâncias: na própria imagem do exame e no comentário do médico responsável. Com o nome da paciente revelado, o título dado para esta imagem era: “Image challenge: o que será q é isso no peito da dona [nome da paciente]”. O caso constava de uma fotografia de radiografia de tórax com uma imagem radiolúcida incomum, que incluía um rosário que a paciente esqueceu-se de retirar para fazer o exame, conforme, posteriormente, revelou o próprio médico. Com esse desafio lançado, houve 26 comentários para a fotografia, destacando-se dois deles: “Caraca! Primeiro, ela tem cardiomegalia... chumbinhos????”; “Nossa...expondo a bichinha desse jeito...ainda dá o last name...achei q era chumbinho tb...dona danada que gosta de matar passarinho”.

Sobre os títulos dados às imagens, além do acima mencionado, ressalta-se o de uma imagem de uma placa de gordura extraída, onde o médico escreveu o seguinte: “chouriço na CD”. Chouriço em dicionário da língua portuguesa significa “enchido de porco, cujo recheio é misturado com sangue e curado ao fumo”¹⁰ (p. 148). Em outra imagem, onde uma auxiliar técnica enxuga a testa do médico, se pôde observar o rosto e tronco de uma paciente deitada na cama, com o seguinte título: “[nome da auxiliar] abusando por eu estar com luvas ao tirar o introdutor da [primeiro nome da paciente]”. Ainda sobre os títulos das imagens, em sete situações, os autores das mesmas fazem referência ao local em que a fotografia foi realizada, como, por exemplo, o nome do hospital.

Em relação aos autores dos comentários publicados nas imagens, há um predomínio de colegas de profissão ou familiares parabenizando os profissionais pela capacidade técnica dos casos apresentados. Alguns exemplos: “O Dr. [nome do cirurgião-dentista] é o melhor que eu conheço!! Sou prova viva de como um sorriso pode ser recriado!”; “Tá mandando bem hein titio!”; “Com profissionais de tão alto

nível não tem como um trabalho desses não ficar perfeito! Parabéns!"; "Lindo caso clínico!!!"; "[nome do cirurgião-dentista], especialista em prótese dentária, você está fazendo lindos trabalhos. Eu já sabia que você tinha grande habilidade, dedicação e muita vontade de fazer o melhor. Parabéns. Continue assim, pés no chão, atenção aos detalhes que um futuro maravilhoso o aguarda. Um forte abraço. De seu amigo...". Em uma fotografia de "antes e depois" observou-se um comentário que demonstrou as expectativas frustradas de uma paciente com relação ao próprio tratamento: "Por que o meu não ficou bonito assim? Por que não tirou foto minha?".

Também foram identificados comentários que ironizaram ou ridicularizam os pacientes como em uma imagem de sorriso em que o paciente possuía bigodes: "Cadê o isqueiro pra eu atear fogo nesse bigode?!!!". Na imagem da radiografia de tórax anteriormente citada, havia o seguinte comentário: "ai ai ai... difícil, viu? última vez que vi algo parecido era no abdome, e era um saco de bolinhas de cocaína...". Em outra fotografia na qual havia uma extensa lesão lácero-cortante em pescoço e nuca, foram observados os seguintes comentários: "Rensga, só a bagaceira!"; "q isso filhão!!! tentaram levar a correntinha do pescoço desse ai?"; "Tava brincando com a serra elétrica?!"; "O bom é o paciente perguntar 'eu To bem né?'".

Comentários de outros usuários demonstrando desconforto e desaprovação quanto ao uso inadequado das imagens para a rede social também foram observados nesta última imagem citada: "Irmão, coloca essas coisas no face não! Credo!!!"; "Nossa que feio!!!!". Em outra imagem em que há um procedimento de colocação de implantes dentários em um paciente, observaram-se os seguintes comentários: "Mais q nojeira é essa???", "Credo. Feio."; "Perdi a fome"; "Não sei o que é pior os pinos ou as narinas expostas". E, na imagem com o paciente escalpado, havia ainda o seguinte comentário: "Q horrrrrr o facebook vai te bloquear, eheheh".

Discussão

O princípio do respeito à privacidade e confidencialidade vem fazendo parte dos principais documentos internacionais relacionados com o campo da ética desde as últimas décadas no século passado, culminando com a promulgação da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco¹¹ (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), em 2005, da qual faz parte como seu artigo 9, que diz:

A privacidade dos indivíduos envolvidos e a confidencialidade de suas informações devem ser respeitadas. Com esforço máximo possível de proteção, tais informações não devem ser usadas ou reveladas para outros propósitos que não aqueles para os quais foram coletadas ou consentidas, em consonância com o direito internacional, em particular com a legislação internacional sobre direitos humanos. (p. 8)

Tanto o Estado, por meio da legislação e outros mecanismos jurídicos, como as entidades profissionais, com seus códigos de ética e resoluções normativas, têm a obrigação de proteger pessoas vítimas da exposição e/ou publicização de imagens que comprometam o direito inalienável à privacidade.

Sacardo, utilizando o método de análise do discurso do sujeito coletivo, identificou que, entre as falas de pacientes hospitalizados ou, mesmo, de visitantes que jamais haviam sido hospitalizados, existia a preocupação com a confidencialidade de suas informações e a necessidade de estabelecimento de limites para o uso das mesmas¹². Na Inglaterra, um estudo-piloto feito com 29 pacientes demonstrou que 72% deles confiavam nos profissionais em relação ao sigilo, e que 80% entendiam que as informações não podiam ser reveladas sem seu consentimento. Entretanto, 37% desses pacientes concordaram que existem situações onde a quebra do sigilo seria aceitável, por exemplo, em caso de maus-tratos a crianças ou em casos em que o segredo possa prejudicar terceiros¹³.

Estudo desenvolvido com 139 pacientes e 153 profissionais de saúde na Holanda teve o objetivo de identificar o modo como esses atores utilizam as redes sociais. A avaliação das respostas dos

questionários mostrou que a maioria dos profissionais de saúde utiliza a rede social *facebook* (43%), aparecendo como motivação de uso da rede: a comunicação profissional-paciente (14%); o *marketing* (20%); e a comunicação com colegas (22%)¹⁴. Outros trabalhos apontam que os profissionais de saúde têm utilizado as redes sociais para a disseminação de mensagens relacionadas com a promoção da saúde, a educação médica e a divulgação de conferências¹⁵.

Considerando os resultados empíricos proporcionados pelo presente estudo, cabem, inicialmente, alguns questionamentos: qual tem sido a avaliação destes profissionais de saúde com relação ao não-respeito ao direito à privacidade e confidencialidade dos pacientes? Existe algum princípio ético que possa sustentar as exposições públicas de seus pacientes? Quais são os prejuízos que esta prática pode trazer aos indivíduos envolvidos e à própria sociedade?

Inicialmente, poder-se-ia questionar, dos 17 profissionais de saúde avaliados na amostra aqui analisada, se houve respeito à autonomia dos pacientes, isto é, se os pacientes foram devidamente esclarecidos e se os mesmos estavam de acordo tanto com a obtenção de imagens de seus corpos, como com a publicação destas imagens em uma rede social. Preocupa o fato de que, em diversas fotos, há a exposição de pessoas vulneráveis e incapazes de exercerem uma decisão autônoma com relação ao uso de suas imagens, como nos casos das exposições de crianças, deixando a incômoda dúvida se os pais autorizaram (ou não...) a obtenção e divulgação destas imagens.

Pensando na repercussão negativa com relação ao exercício das profissões de saúde frente à sociedade, preocupam, também, certas imagens feitas em centros cirúrgicos, por exemplo, onde o paciente está inconsciente e o profissional fazendo pose para a foto, mostrando sinal de 'positivo' com o dedo polegar levantado. Identificadas por situações de atendimento de urgência em centro cirúrgico, é difícil imaginar que este consentimento tenha sido solicitado ao paciente previamente ao ato. Para os usuários que acessam imagens deste tipo, além do desconforto visual – uma vez que, em muitos casos, foram expostos corpos humanos com lesões extensas –, pode também ficar configurado o desconforto de se saber paciente potencial daquela unidade de saúde de urgência, estando também sujeito a ser exposto em uma situação futura em que possa necessitar atendimento. Situações deste tipo geram quebra de confiança e desrespeito pelas profissões de saúde, uma vez que a sociedade pode identificar que, em casos de procedimentos clínicos invasivos complexos ou, mesmo, de risco de vida para o paciente, os profissionais de saúde têm a prática de suspender temporariamente as atividades, desviando a atenção para posar para fotografias. Outro aspecto complicado neste contexto, e que diz respeito à biossegurança, se refere à dúvida se tais imagens são feitas por algum dos profissionais que faz parte do corpo cirúrgico, se são feitas via celulares e se estão sendo respeitados os protocolos que objetivam evitar contaminações cruzadas, por exemplo.

Um questionamento à prática profissional, diretamente relacionado com o tradicional princípio bioético da não-maleficência, é aquele relacionado ao fato de se esperar que os profissionais de saúde abstenham-se de realizar ações que tragam qualquer consequência negativa aos seus pacientes. Pela análise dos dados, pode-se identificar que os profissionais componentes da amostra perderam a oportunidade de não infligir o mal em suas publicações, visto que, em vários casos, houve exposição de menores, vulneráveis, por exemplo, ao uso inadequado de suas imagens por pedófilos que acessam a rede social. No mesmo contexto, em outras situações, aconteceu a identificação de nomes de pacientes, com óbvios prejuízos para suas imagens públicas, como no caso de uma paciente que, ao ter seu exame radiográfico exposto, passou a ser associada ao estereótipo de usuária ou traficante de cocaína. Assim, além do comprometimento ético da ação simplesmente pela existência de seu ato, há, ainda, a sua capacidade de dano extensivo, já que se trata de uma rede social leiga, onde as imagens são acessadas por usuários que não detêm informações adequadas, muito menos formação na área e, com frequência, interagem com as imagens por meio de comentários pejorativos e desrespeitosos.

Neste sentido, a banalização de rotinas, práticas e, até mesmo, da figura humana pode acontecer sem qualquer controle possível por parte do profissional que posta a imagem, fato cabalmente exemplificado com o comentário feito por um usuário sobre a vontade de atear fogo no bigode de um dos pacientes de um cirurgião-dentista. Assim, em uma relação assimétrica, na qual existe um paciente vulnerável por sua própria condição de 'paciente', a prática de expô-lo publicamente pode fazer com que esta assimetria se intensifique ainda mais, podendo, inclusive, estigmatizar condições de

saúde, não contribuindo em nada para que pessoas em situações semelhantes busquem os serviços de profissionais da área, em claro desfavor às ideias de prevenção e promoção da saúde.

Outro aspecto que merece análise são as constantes publicações de casos clínicos nos perfis de cirurgiões-dentistas incluindo fotografias 'antes e depois' de tratamentos, em geral, de reabilitação dentária e/ou estéticos. De antemão, destaca-se que o Código de Ética Odontológica brasileiro (CEO)¹⁶, recentemente alterado e em vigor desde janeiro de 2013, foi categórico ao afirmar, em seu capítulo que trata do sigilo profissional, que fazer referência a casos clínicos identificáveis em ambientes diversos da academia (docência ou publicações científicas) é infração ética, mesmo que o paciente tenha dado autorização expressa para tanto. Aqui, nota-se que os Conselhos de Odontologia se preocuparam com a normatização do fato para além da relação profissional-paciente, entendendo que a publicação de imagens, ainda que autorizada pelo paciente, pode ser classificada como irregular por apresentar desfavor à profissão e, até mesmo, concorrência desleal. Esta preocupação também aparece no CEO, no capítulo que trata dos anúncios profissionais, propaganda e publicidade, nos quais a publicação de casos clínicos que incluem as etapas relativas aos procedimentos odontológicos é considerada como falta ética por se configurar como artifício de propaganda para granjear clientela. Entretanto, a proibição não é recente, desde a década de 1960, com a publicação da lei que regulamenta o exercício profissional da Odontologia, já se trazia como ação vedada ao cirurgião-dentista a exposição "em público de trabalhos odontológicos"¹⁷ (p. 9843).

No que se refere ao conteúdo específico do CEO brasileiro, contudo, estudo crítico da sua versão anterior (2006) – que pouco mudou na sua essência com relação à atual – mostrou que o contexto do código é centrado em mais de 70% na figura do profissional, cabendo, ao paciente, um papel meramente coadjuvante, como objeto de sua prática¹⁸. Apesar de já na primeira versão histórica do CEO, elaborada várias décadas atrás, o paciente ser referido como "a razão e o objetivo de toda a ciência odontológica" (p. 1917), a leitura atualizada do código levou os autores a uma conclusão diversa a partir da constatação da predominância de itens técnicos e legais relacionados com o trabalho do próprio profissional: "O CEO em vez de centrar-se no paciente como sujeito do processo de atenção à saúde bucal, focaliza o profissional, sendo predominantemente voltado para aspectos legalistas e corporativistas"¹⁸ (p. 1911). Ou seja, o fato de o próprio código da profissão não ter o paciente como centro e sujeito de sua atenção pode estar abrindo espaço e possibilidades, em maior ou menor grau, para estímulo à ocorrência das distorções apontadas nos resultados do presente estudo. É oportuno salientar, entretanto, que o código profissional é construído pelos pares da odontologia, nesse sentido, o descrito em suas normativas também pode ser interpretado como um reflexo do comportamento da categoria.

Cabe ainda tomar como exemplo, dentro da amostra estudada, o comentário feito em um perfil de profissional que postou um caso clínico do tipo "antes e depois" e que foi questionado por outra paciente em relação ao resultado de seu tratamento. Ora, a veiculação da imagem do resultado clínico gera expectativas nos usuários que já são pacientes ou poderão vir a sê-lo; a veiculação deste tipo de imagem no *facebook* não deixa de constituir uma estratégia pouco ética de marketing que objetiva demonstrar a habilidade do profissional em questão, caracterizando uma oferta ao consumo da mercadoria 'saúde'. Com base no Código de Defesa do Consumidor¹⁹, sabe-se que a propaganda promovida integra o contrato que virá a ser celebrado entre as partes. Assim sendo, o profissional que tem como prática a veiculação deste tipo de imagens nas redes sociais, além de transgredir o código de ética pelos dois aspectos já expostos, ainda pode ser processado por não ter executado um trabalho conforme apresentou em propaganda. O uso da imagem, ao gerar expectativas com relação ao resultado final do trabalho, naturaliza a obrigação de resultados de acordo com o que foi anunciado²⁰.

Apesar de não se ter identificado nenhum profissional da medicina com a prática de veiculação de procedimentos do tipo 'antes e depois' ou com cunho claramente comercial, pontua-se que o Código de Ética Médica (CEM)²¹ também tipifica como transgressão ética: a referência a casos clínicos identificáveis, a exibição de pacientes ou seus retratos em qualquer tipo de publicação leiga.

Além do CEM, o Conselho Federal de Medicina (CFM), buscando estabelecer critérios norteadores para a publicidade em Medicina, regulamentou a questão por meio de resolução²². Neste documento é possível identificar, claramente, a proibição de que médicos, ao usarem as redes sociais, exponham

a figura de pacientes como forma de divulgar técnica, método ou resultado de tratamento. Em uma tentativa de deixar a questão mais clara, o documento organiza um anexo onde o profissional poderá ler as questões mais frequentemente perguntadas, dentre elas: “É permitido utilizar fotos de pacientes para demonstrar o resultado de tratamentos ou para algum outro fim promocional?”²² (p. 89). A resposta não deixa questionamentos, fazendo perceber que o uso da imagem fora do contexto acadêmico é sempre proibido: “Não. O uso da imagem de pacientes é expressamente proibido, mesmo com autorização do paciente”²² (p. 89).

Um ponto a ser esclarecido nesta discussão diz respeito à possível associação positiva que pode ser feita entre uma imagem parcialmente exposta de um paciente que acabou não sendo identificado, e a manutenção de sua privacidade. Não é porque uma imagem seja veiculada de modo a não identificar determinada pessoa que tal ação não possa ser considerada como uma afronta à privacidade da mesma. Afinal, privacidade se refere ao “conjunto de informações sobre uma pessoa que ela pode decidir manter sob seu exclusivo controle, ou comunicar, decidindo quanto e a quem, quando e em que condições”⁴ (p. 312). Assim, não é porque a exposição de um dente ou um braço praticamente impossibilite que se faça uma relação de identidade com a pessoa assistida, que o profissional de saúde deve deixar de solicitar autorização para a obtenção da informação bem como dos seus possíveis usos.

Os aspectos legais referentes à exposição da imagem de pacientes podem ser encontrados: a) na Constituição Federal, que determina o direito dos cidadãos à privacidade – “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurado o direito a indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”²³ (p. 14); b) no Código Civil brasileiro²⁴, que determina, dentre os direitos à personalidade, que “a exposição ou a utilização da imagem de uma pessoa poderão ser proibidas, a seu requerimento e sem prejuízo da indenização que couber, se lhe atingirem a honra, a boa fama ou a respeitabilidade, ou se se destinarem a fins comerciais” (p. 3); c) no Código Penal²⁵, que especificamente versa sobre a “violação do segredo profissional” (p. 23911).

Assim, existem leis que protegem a identidade, a vida privada, a imagem e a privacidade da pessoa humana, sendo que a violação destes direitos pode acarretar repercussões do ponto de vista legal a quem promover a ação, incluindo profissionais da saúde que optam por realizar tais publicações em redes sociais. De modo mais claro, os profissionais de saúde que publicam imagens de pacientes em redes sociais assumem a responsabilidade civil de seus atos, inclusive, sendo o caso, indenizando pacientes quando caracterizado o dano. Pensando no ponto de vista penal, a violação do segredo profissional prevê pena de detenção de três meses a um ano, ou multa. Trata-se de: “Revelar alguém, sem justa causa, segredo, de que tem ciência em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem”²⁵ (p. 23911). Interpretação que pode ser inferida em muitos dos casos observados neste trabalho.

Além disso, a questão já vem sendo tratada em publicações internacionais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) e, como já foi assinalado, na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (2005).

Ainda que possam existir argumentos bem-intencionados no sentido de esclarecer a população pela via da publicização dos mais diferentes eventos de saúde, de possíveis medidas preventivas ou, mesmo, de estímulo a comportamentos saudáveis e outras, a exposição de pacientes nas redes sociais precisa ser analisada sempre, e com todo cuidado, previamente à exposição. Nestas situações é sempre prudente o profissional interessado considerar o contexto ético e legal relacionado com a especificidade de cada situação e com as circunstâncias onde esta prática será executada, no sentido de estar proporcionando uma ação realmente útil e necessária aos seus pacientes e ao bem-estar societário, em consonância com o respeito aos direitos humanos universais.

Considerações finais

Os profissionais de saúde devem dispensar especial atenção às publicações que queiram compartilhar nas redes sociais, sobretudo aquelas nas quais informações particulares sobre seus

pacientes possam ser identificadas. As publicações feitas em redes sociais não proporcionam fundamentação razoável para que profissionais de saúde relativizem seu dever de respeito à privacidade e confidencialidade com relação aos seus pacientes.

O marketing profissional que objetiva, em última instância, a obtenção de lucro por meio da prestação de serviços nos diferentes campos da saúde, pode ser considerado como uma das motivações que levaram os profissionais a expor indevidamente a imagem de seus pacientes nas redes. Tal expediente não deixa de se configurar como uma forma de autopromoção da imagem do profissional como especialista capaz de lidar com situações sanitárias complexas nas quais outras pessoas dependam de seus conhecimentos e habilidades. Por outro lado, é indispensável registrar que iniciativas bem-intencionadas de motivação e esclarecimento à população sobre determinadas condições de saúde, desde que adequadamente divulgadas, devem ser aplaudidas e estimuladas.

A presente pesquisa sugere que estudos futuros sejam desenvolvidos no sentido do aprofundamento da real compreensão dos motivos pelos quais muitos profissionais de saúde assumem comportamento pouco ético ao exporem indevidamente seus pacientes pela via das redes sociais. Tais exposições podem trazer repercussões negativas para toda a profissão, para os pacientes e para a própria sociedade como um todo, além de infligir diretamente os direitos humanos universais, há várias décadas já consolidados pelo direito internacional e homologados pela Organização das Nações Unidas (ONU). Os Conselhos de classe que fiscalizam as diferentes profissões de saúde devem estar atentos para a conduta virtual de seus inscritos, desenvolvendo atividades permanentes tanto de orientação quanto de averiguação de possíveis transgressões éticas. Considerando que o uso das mídias sociais é recente, também seria importante que os cursos profissionais da área da saúde incorporassem, nas universidades e demais instituições de Ensino Superior, discussões relativas à publicação de imagens de pacientes na internet, papel a ser encabeçado pelas disciplinas de Bioética, priorizando discussões interdisciplinares transversais durante todo o período de formação dos estudantes.

Colaboradores

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

Referências

1. BBC Brasil. Caso Snowden abala 'lua de mel' entre EUA e América Latina [Internet]. Portal de Notícias R7. 2013 Jul [acesso 2013 Jul 4]. Disponível em: <http://noticias.r7.com/economia/noticias/caso-snowden-abala-lua-de-mel-entre-eua-e-america-latina-20130704.html>
2. Price D. Caso Snowden: a história social das escutas telefônicas. Le Monde Diplomatique Brasil [Internet]. 2013 [acesso 2013 Set 19]. Disponível em: <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=1476>.
3. Sales-Peres SHC, Sales-Peres A, Fantini AM, Freitas FDR, Oliveira MA, Silva OP, et al. Sigilo profissional e valores éticos. RFO. 2008; 13(1):7-13.
4. Sacardo DP, Fortes PAC. Desafios para a preservação da privacidade no contexto da saúde. Bioetica. 2000; 8(2):307-22.
5. Loch JA. Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica. Bioetica. 2003; 11(1):51-64.

6. Boyd D, Ellison N. Social network sites: definition, history and scholarship. *J Comput Mediat Commun.* 2007; 13(1):210-30.
7. Notícias Terra. Facebook divulga número de usuários diários dos EUA e Reino Unido [Internet]. 2013 Ago [acesso 2013 Ago 17]. Disponível em: <http://tecnologia.terra.com.br/Facebook-divulga-numero-de-usuarios-diarios-dos-eua-e-reino-unido,625c7a5568870410VgnCLD2000000dc6eb0aRCRD.html>
8. Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Lopes M, tradutor. Porto Alegre: Artmed; 2010.
9. Rocha D, Deusdará B. Análise de Conteúdo e Análise do Discurso: aproximações e afastamentos na (re)construção de uma trajetória. *Alea Estud Neolatinos.* 2005; 7(2):305-22.
10. Cunha AG. Dicionário etimológico da língua portuguesa. 4a ed. Rio de Janeiro: Lexikon; 2010.
11. Tapajós A, Prado MM, Garrafa V. Tradução brasileira da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da Unesco [Internet]. 2005 Dez [acesso 2013 Ago 10]. Disponível em: <http://www.sbbioetica.org.br/wp-content/uploads/2011/11/TEXTODADUBDH.pdf>
12. Sacardo DP. Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: uma abordagem bioética [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2001.
13. Jones C. The utilitarian argument for medical confidentiality: a pilot study of patients' views. *JME.* 2003; 29(6):348-52.
14. Antheunis ML, Tates K, Nieboer TE. Patients' and health professionals' use of social media in health care: motives, barriers and expectations. *Patient Educ Couns.* 2013; 92(3):426-31.
15. McKee R. Ethical issues in using social media for health and health care research. *Health Policy.* 2013; 110(2-3):298-301.
16. Resolução no 118 do Conselho Federal de Odontologia, de 11 de maio de 2012. Dispõe sobre o Código de Ética Odontológica. *Diário Oficial da União.* 14 Jun 2012.
17. Lei nº 5.081, de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da Odontologia. *Diário Oficial da União.* 26 Ago 1966.
18. Pyrrho M, Prado MM, Cordón JA, Garrafa V. Análise bioética do Código de Ética Odontológica brasileiro. *Cienc Saude Colet.* 2009; 14(5):1911-8.
19. Lei n. 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre o Código de defesa do consumidor. *Diário Oficial da União.* 11 Dez 1990.
20. Pittelli SD, Mota MV. A prestação obrigacional do dentista como obrigação de resultado. *Saude Etica Justiça.* 2012; 17(1):26-9.
21. Resolução nº 1931 do Conselho Federal de Medicina, de 24 de setembro de 2009. Dispõe sobre o Código de ética médica. *Diário Oficial da União.* 24 Set 2009.
22. Resolução nº 1974 do Conselho Federal de Medicina, de 19 de agosto de 2011. Manual de publicidade médica. *Diário Oficial da União.* 19 Ago 2011.
23. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
24. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Dispõe sobre o Código civil. *Diário Oficial da União.* 11 Jan 2012.
25. Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Dispõe sobre o Código penal. *Diário Oficial da União.* 31 Dez 1940.

Martorell LB, Nascimento WF, Garrafa V. Redes sociales, privacidad, confidencialidad y ética: la exposición de imágenes de pacientes en el facebook. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):13-23.

El objetivo de la investigación fue estudiar la exposición de imágenes de pacientes promovida por médicos y cirujanos dentistas en el facebook. La colecta de los datos se realizó entre los meses de agosto y septiembre de 2013, seleccionándose retrospectivamente 39 imágenes publicadas por 17 profesionales. En estas imágenes fue posible identificar situaciones de ruptura de confidencialidad y/o privacidad. El principio del respeto a la privacidad y a la confidencialidad de las personas forma parte de los principales documentos internacionales relacionados con el campo de la ética. Tanto el Estado como las entidades profesionales tienen la obligación de proteger a las víctimas de la exposición de imágenes que comprometan el derecho inalienable de la privacidad. El estudio refuerza que esas exposiciones causan repercusiones negativas para los pacientes, los profesionales de la salud y la sociedad. Se recomienda que el tema sea abordado transversalmente por el cuerpo docente, con discusiones incentivadas y orientadas por las disciplinas de Bioética.

Palabras clave: Ética. Privacidad. Confidencialidad. Redes sociales. Derechos Humanos.

Recebido em 02/02/15. Aprovado em 13/05/15.

Análisis temático sobre la fibromialgia en la prensa escrita Argentina:

descripciones generales y el rol de la psicología

Mercedes Sarudiansky^(a)

Sarudiansky M. A thematic analysis on papers about fibromyalgia in the Argentine printed press: general descriptions and the role of psychology. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):25-36.

Since fibromyalgia was first conceptualized in 1990, it has been studied in terms of its validity as a diagnosis, its definition as a disease and its treatment. These issues have been addressed within different biomedical and social sciences disciplines, including psychology, psychiatry, anthropology and sociology. In this paper, we discuss how knowledge about fibromyalgia is disseminated in Argentina, through thematic analysis of the papers on this syndrome published in the printed press. We analyze how newspaper articles describe fibromyalgia – including general characteristics, causal hypotheses and treatments – and how the media describes the role of psychology in its treatment.

Keywords: Fibromyalgia. Means of communication. Thematic analysis. Psychology.

Desde su conceptualización en 1990, la Fibromialgia (FM) ha sido discutida en términos de su validez como diagnóstico, su definición como enfermedad y sus tratamientos. Estas cuestiones han sido abordadas por diferentes disciplinas biomédicas y sociales, entre las cuales se incluyen la psicología, la psiquiatría, la antropología y la sociología. En este trabajo, indagaremos cómo se difunden los saberes respecto de la FM en Argentina, a través de un análisis temático de los artículos referentes a este síndrome publicados en la prensa escrita. Analizaremos la manera en que las notas periodísticas describen a la FM – características generales, hipótesis causales, y tratamientos – y reflexionaremos respecto de cómo estos medios abordan el rol de la psicología en el tratamiento de esta dolencia.

Palabras clave: Fibromialgia. Medios de comunicación. Análisis temático. Psicología.

^(a) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Centro Argentino de Etnología Americana. Avenida de Mayo 1437 1° "A", C1085ABE, CABA, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. msarudiansky@conicet.gov.ar

Introducción

Dentro del ámbito médico, se conoce como Fibromialgia o Síndrome de Fibromialgia (de ahora en más, "FM") a un cuadro caracterizado por dolor generalizado en distintos lugares del cuerpo, asociado con alteraciones en el sueño, fatiga y emocionales, como depresión y ansiedad^{1,2}. Pese a ser un diagnóstico controvertido^{2,3} y no totalmente aceptado por la comunidad profesional, ha sido incluido dentro de la nomenclatura de la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, bajo el código M79.0⁴.

Aunque se trata de un diagnóstico relativamente novedoso – la primera sistematización oficial de sus síntomas datan de 1990¹, pueden hallarse descripciones de este tipo de enfermedades desde hace más de 500 años, siendo la fibrositis – propuesto por Gowers en 1904 – su antecedente nosológico más directo⁵.

Pese a ser considerado un síndrome reumatológico, es tema de interés de la psicología, dado el énfasis que se ha puesto a los aspectos psicológicos que intervienen en los procesos de percepción del dolor a partir de la "teoría de puerta" de Melzack y Wall⁶. Estos autores explican que la percepción del dolor no es proporcional al daño recibido, sino que existen mecanismos corticales que influyen en la manera en que las personas experimentan el dolor, como emociones y pensamientos.

Desde entonces se abrió un campo desde las ciencias psicológicas sobre el dolor, entre las cuales se incluyen aportes del psicoanálisis – p.e., procesos inconscientes en los cuadros conversivos⁷ – neuropsicológicos y cognitivos – p.e. procesos de procesamiento de la información y de funciones cognitivas básicas⁸, de terapia cognitivo-conductual⁹⁻¹¹, entre otras.

En la actualidad, la FM es un síndrome que se encuentra incorporado dentro de los ámbitos profesionales y de la población general, lo cual se refleja en un número creciente de publicaciones en revistas y presentaciones en congresos científicos, como también las charlas abiertas a la comunidad, y la divulgación de los conocimientos al público general, a través de medios masivos de comunicación.

Los medios de comunicación escrita son una interesante fuente de conocimiento, dado que reflejan aquella información que se difunde entre la población, y que tiene alcance a un segmento extenso de personas. A su vez, en lo que hace al conocimiento científico, da cuenta de los sesgos a partir de los cuales esta información se difunde – de lo "real e importante"¹², ya que sólo una pequeña parte de las investigaciones se refleja en los medios masivos. De todas maneras, tal como plantea Duarte Rodrigues¹³, es menester destacar que, dada la naturaleza vicaria del campo mediático, es esperable encontrar características específicas que lo diferencien de los discursos propios del campo médico especializado, aspecto que intentaremos explicitar en la Discusión, relacionando los resultados del presente análisis y la información en la literatura científica.

Asimismo, la cobertura periodística ocupa un rol importante respecto de la comprensión, el juicio de valor y las actitudes del público en general sobre temas relacionados con ciencia y tecnología¹⁴⁻¹⁶. Las creencias de la población general sobre la salud y la enfermedad han sido un tema de interés para el campo de las investigaciones en salud, dado que las representaciones sociales¹⁷ sobre la aflicción y la cura impactan sobre la manera en que las personas se comportan ante experiencias de enfermedad¹⁸⁻²¹. Teniendo en cuenta que los diarios y revistas de difusión masiva son una fuente importante de información consultada por el público en general – y que pueden influir en los preconceptos de la población sobre los temas de salud²², consideramos esencial indagar sobre estas cuestiones para registrar las creencias de las personas en relación a temas de salud. El caso de la FM es en particular interesante – como también el autismo²³ o la sexualidad²⁴ – dado el carácter controvertido del diagnóstico, que podría caracterizarse como un cuadro "ambiguo"¹⁹, que se presentan más permeables a los efectos de la cultura y el contexto.

En esta ocasión, indagamos la difusión de saberes sobre FM en la prensa escrita argentina. Comenzaremos describiendo la presencia de la FM en estos medios. Luego analizaremos cómo las notas periodísticas la describen y caracterizan. Finalizaremos reflexionando respecto del lugar que ocupa la psicología en la conceptualización y las intervenciones propuestas que se difunden en estos medios. Este artículo forma parte de una investigación más amplia sobre la FM en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, y alrededores.

Metodología

Se realizó un análisis temático y de contenido de los artículos sobre FM obtenidos a partir de las páginas web de cuatro diarios argentinos de mayor tirada – La Nación, Clarín, Página/12 y Diario Popular^(b). La búsqueda fue realizada a partir de un solo descriptor (“Fibromialgia”), desde 1999 (cuando aparece el primer artículo) hasta julio de 2014. Los registros también incluyen artículos de revistas asociadas a estos diarios, que aparecen en los resultados de los buscadores.

^(b) La Nación tiene un perfil conservador, vinculado a instituciones tradicionales, como la Iglesia Católica, el sector empresarial y las fuerzas armadas; Clarín se autodefine progresista e independiente. Ambos se encuentran en explícita confrontación con el gobierno actual. Página/12 se dirige a los sectores medios-intelectuales, mientras que Diario Popular se dirige a los sectores populares. (Fuente: IVC. Disponible en: http://sinca.cultura.gov.ar/sic/estadisticas/i.php?id=130&gr_type=column).

Los pasos para el análisis temático se basaron en la guía propuesta por Braun y Clarke²⁵; a partir de la lectura y relectura del material, codificamos los aspectos más relevantes de los datos, agrupando estos códigos en temas más amplios que permitan una descripción profunda y detallada del fenómeno.

Primeramente, organizamos el material a partir de categorías propias y basadas en trabajos similares del contexto argentino^{26,27}, entre las cuales incluimos: Diario en el que fue publicado; tipo de artículo (informativos, anuncios o columnas editoriales); sección en la que fue publicado; tema principal (cuyas categorías serán detalladas en el próximo punto); si cuentan con testimonios de profesionales o especialistas en el tema; y si cuentan con datos de investigaciones locales o internacionales. Estos datos fueron volcados en una matriz para facilitar su sistematización y análisis. La información fue analizada cuantitativamente, permitiéndonos esbozar un panorama general de la presencia de la FM en los medios gráficos.

Luego realizamos un análisis temático propiamente dicho del contenido de los artículos. Enfocamos nuestro análisis sobre aquellos artículos que hagan una descripción del fenómeno (n=16), y no solamente una mención. Seleccionamos los primeros códigos, que agrupamos en siete temas: (a) definiciones de la FM – palabras que los pacientes o especialistas utilizan para nombrarla, (b) causas – explicaciones sobre etiología, (c) tratamientos – abordajes terapéuticos asociados a la FM, (d) diagnóstico – qué criterios se utilizan para diagnosticar la FM, (e) síntomas – qué sintomatología caracteriza al paciente con FM, (f) prevalencia – referencias a la población con FM y el porcentaje de casos en población general, y (g) características de los pacientes con FM – cómo aparecen caracterizadas las personas con FM.

Finalmente, para dar cuenta del lugar que ocupa la psicología en la difusión de la FM, analizamos el material a partir de distintas palabras clave que impliquen temas “psi” – “psicología”, “psicólogo/a(s)”, “psiquiatría”, “psicógeno”, “psicosocial”, y otras palabras clave relacionadas, como “estrés”, “ansiedad”, “depresión”, “emoción”, “cognición”, y sus derivados. Diferenciamos aquellos artículos en los que estas palabras estaban presentes (n=29) y en los que no (n=37). Luego, clasificamos la manera en que se incluye a estos aspectos “psi” en cinco categorías, que describiremos en los Resultados.

Resultados

Sobre la difusión de la FM en la prensa escrita argentina

Hemos relevado un total de 66 referencias sobre la FM en los registros digitales de cuatro diarios argentinos. Encontramos registros desde el año 1999, que demuestran una presencia creciente de este tema. Agrupando los resultados en períodos de cinco años, desde el primer registro (1999-2004) encontramos

sólo siete referencias; en el período de 2005-2009 éstas ascienden a 24, llegando a 36 registros en los últimos cinco años (2010-julio 2014) (Figura 1).

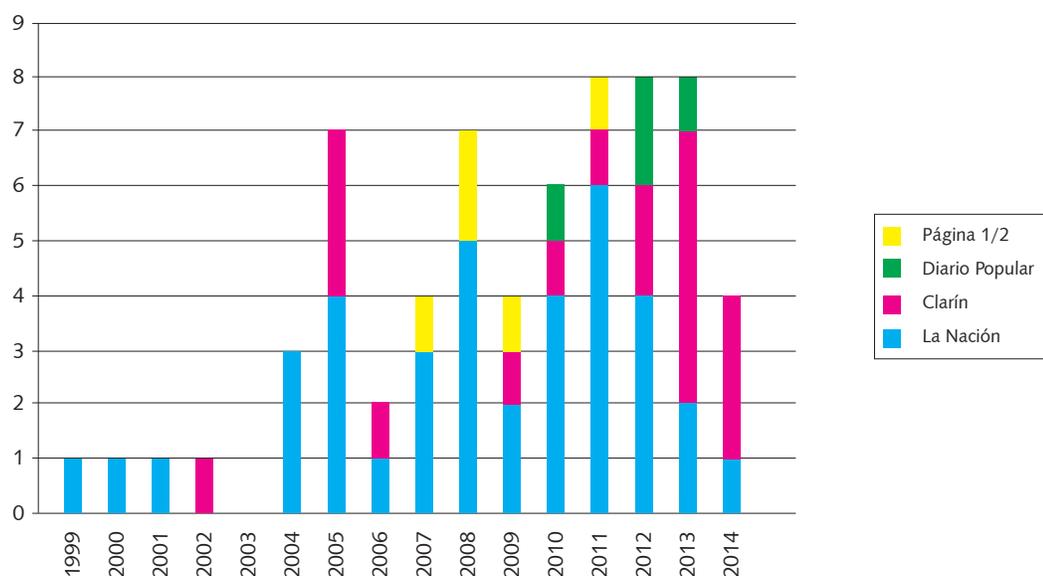


Figura 1. Publicaciones sobre fibromialgia por año (1999-2014)

La mayoría de los artículos ($n=30$) se agrupan en secciones que tratan temas sobre ciencia y salud; 12 en las secciones sobre temáticas referidas a la sociedad, mientras que el resto se distribuye en secciones diversas, como arquitectura, moda y belleza, revistas e información general.

De estos 66 registros, la mayoría ($n=58$) son notas de carácter informativo – en las que se informa a la población respecto de avances o noticias científicas, cuatro corresponden a anuncios – publicaciones en los que se promocionan eventos, mientras que el resto ($n=4$) son cartas de lectores o columnas editoriales.

Del total de los artículos, sólo seis registros indican la palabra “fibromialgia” en el título. Sin embargo, agrupando los artículos en función de su contenido temático, son 16 los registros que ubican a la FM como tema principal. El resto de los artículos fueron clasificados de la siguiente manera: Dolor ($n=6$), Enfermedades reumáticas ($n=5$), Otras patologías ($n=12$), Terapias ($n=14$), Otros temas relacionados con la salud ($n=13$), Otros temas no relacionados con la salud ($n=1$). La FM como tema en sí misma no se desarrolla en todos los casos, sino que en muchas ocasiones sólo se nombra dentro de temas heterogéneos. Esto puede deberse a que la FM es una enfermedad de reciente conceptualización, y, hasta que se instaló como un tema en sí mismo, era tratada como un aspecto secundario en artículos de temáticas diversas. En la sección siguiente haremos énfasis en aquellos artículos en los cuales se describe a la FM, para dar cuenta de qué tipo de información es la que circula en los medios locales sobre este cuadro.

Otro dato de interés es que, pese a que la mayoría cuentan con los testimonios de reconocidos especialistas en el tema de distintas disciplinas (n=43), son muy pocos los que hacen referencia a investigaciones o datos locales (n=8). La mayor parte de estos artículos (n=26) citan investigaciones de instituciones de EEUU o Europa. Esto puede deberse, por un lado, a que las investigaciones en estas temáticas no han ganado suficiente espacio a nivel local, o bien que es necesaria una mayor difusión pública de los avances en investigación sobre este tema. Desarrollaremos este tema en el apartado Discusión.

La descripción de la FM

Del total de los 66 artículos, 16 realizan una descripción sobre las características de la FM. De estos artículos identificamos siete categorías para caracterizar los aspectos de la FM que circulan en los medios de comunicación gráfica.

a. Definiciones de la FM

El contenido de la información dentro de esta categoría parte de la pregunta general “¿qué es la FM?”. Las respuestas que se desprenden de los 16 artículos las subdividimos en cinco subcategorías:

- Inespecificidad: En muchas ocasiones (n=9) la FM no era presentada como una enfermedad definida, sino de maneras inespecíficas, tales como “malestar generalizado”, “un mal”, o “una carga”. También describen que es difícil de diagnosticar, que sus síntomas pueden confundirse con otras enfermedades, y que afecta a diferentes áreas de la vida del paciente.

- Especialidad/Localización: Pese a este carácter inespecífico, varios artículos (n=5) también la definen en virtud de la especialidad médica que la estudia (“enfermedad reumatológica”), o bien de su presunta localización (“enfermedad del sistema nervioso”, “enfermedad músculo-esquelética”, “psicoimmunoneuroendócrina”).

- Duración: Todos los artículos destacan el carácter crónico de la FM, lo cual se asocia al hecho concreto de ser un malestar de larga duración, y a la falta de estrategias terapéuticas efectivas (“no tiene cura”).

- Funcionalidad: La mayoría (n=14) señalan que la FM, pese a no ser una enfermedad grave, afecta a la funcionalidad del paciente.

- Dolor: Una de las características destacadas de la FM es la presencia de dolor, siendo muchas veces (n=14) definida a partir de éste (“Dolor crónico extendido”, “Mayor sensibilidad al dolor”, “Respuesta anormal al dolor”). Asimismo, el dolor puede referirse de manera inespecífica – “dolor generalizado”-, a zonas específicas – “cervicales, cuello y espalda”, a los “puntos gatillo” definidos por el Colegio Norteamericano de Reumatología (ACR)¹-, o a síntomas asociados, como cefaleas o migrañas.

b. Causas

Once artículos hacen referencia a la etiología de la FM. En la mayoría de ellos, se hace referencia a una sola causa – “desconocida”, “nerológica”, por “estrés” o “sobrecarga”, mientras que un solo artículo refleja a la FM como determinada por múltiples causas, entre ellas ambientales – conflictos laborales, familiares, infecciones o accidentes, biológicas – desarreglos hormonales, inmunológicos y neurológicos, o como un desequilibrio o desarmonía general.

El desencadenante puede ser tan diverso como una infección viral o bacteriana, algún conflicto familiar o laboral, un divorcio, traumatismos (golpes, caídas), un accidente automovilístico o estrés posquirúrgico [...] Las evidencias científicas están aportando datos sobre el estrés crónico, que provoca la desadaptación del eje del cortisol, la hormona del estrés.²⁸

Estas características coinciden con el carácter inespecífico a la hora de plantear una definición de la FM.

c. Tratamientos

Catorce artículos hacen referencia a tratamientos indicados o utilizados por pacientes. La gran mayoría de ellos hace énfasis en los abordajes medicamentosos – analgésicos, antidepresivos, anticonvulsivantes (principalmente Pregabalina). También se mencionan los abordajes psicoterapéuticos y educativos, programas de actividad y terapia física, y opciones de medicina complementaria/ alternativa.

Pese a contadas excepciones – en las que sólo se hace mención de las opciones medicamentosas, la mayoría de los artículos coinciden en que es la complementariedad terapéutica, más que la monoterapia, el modelo de abordaje más recomendado.

d. Diagnóstico

Con respecto a los criterios diagnósticos, sólo dos artículos hacen referencia a aquellos establecidos por el ACR¹, el único disponible hasta el momento. Asimismo, los artículos que hacen mención de los métodos o criterios diagnósticos se enfocan en la aplicación de técnicas de neuroimagen –resonancia magnética o electroencefalograma, y en la evaluación clínica. A su vez, destacan que, dado que en la mayoría de los casos los test biológicos resultan normales, se dificulta el diagnóstico y conlleva a que éste sea tardío, y atenta respecto de la credibilidad de los pacientes.

e. Síntomas

Tal como señalamos anteriormente, una de las maneras de definir a la FM implica la presencia de dolor, ubicándose como el síntoma principal. Sin embargo, en la mayoría de los artículos encontramos que la FM conlleva, además, síntomas diversos que acompañan la experiencia de dolor, y que éste puede localizarse en distintas zonas del cuerpo – que varían según el artículo, aunque suelen circunscribirse a las zonas del cuello, la espalda y las articulaciones, o bien ser un síntoma asociado, como es el caso de las cefaleas. Otros síntomas asociados a la FM incluyen: Síntomas físicos, como anquilosamiento, parestesias, problemas génito-urinarios, calambres, tensión muscular, palpitaciones, mareos, trastornos del sueño, rigidez, bruxismo; síntomas psicológicos, como cambios de humor, depresión, ansiedad, conductas impulsivas, dificultades para tomar decisiones, trastornos en la memoria, dificultades en la concentración. Asimismo, suelen asociarse con otros síndromes o enfermedades tales como: Síndrome de fatiga crónica, Síndrome del Intestino Irritable o Síndrome del Túnel Carpiano. En cuanto a estos últimos, en general no se especifica si éstos se contemplan como entidades mórbidas en sí mismas –comorbilidades-, o en virtud de los síntomas que las caracterizan.

f. Prevalencia

En cuanto a la prevalencia, la mayoría de los artículos que mencionan estas características utilizan datos de encuestas realizadas en países extranjeros, y refieren que ésta se estima entre un 2 y un 4% de la población general de adultos. Asimismo, enfatizan que es más común entre mujeres –“20 a 1”, o “80-90%” –de más de 30 años, o de “mediana edad”.

g. Características de los padecientes

Además de las características que nombramos en el punto anterior, el perfil de las personas con FM se asocia con “pacientes quejosos crónicos”, en diferentes áreas de su vida – no sólo en lo que se refiere a la percepción del dolor, que consultan con diferentes especialistas – esto es, presentan extensos derroteros médicos, ligado a tanto a las dificultades diagnósticas que implica la FM como al carácter de los pacientes.

En el caso más extremo, se refieren a los pacientes como disfuncionales, que “no se adaptan”, lo cual puede relacionarse con las características propias de la FM que describimos en apartados anteriores.

El lugar de la psicología

Las menciones en torno a los aspectos psicológicos es variable en la totalidad de los artículos encontrados. Esto puede deberse a la diversidad de temas que involucró la búsqueda inicial – que van desde artículos específicos sobre FM o sobre enfermedades reumáticas o neurológicas, hasta artículos que refieren a temas ajenos a la salud o la ciencia. Por esta razón, también en este aspecto hemos circunscripto nuestro análisis a aquellos artículos en los que la FM aparece como tema principal o destacado.

A partir del análisis del contenido de los artículos tomando en cuenta las palabras clave referidas en la Metodología, organizamos el material en cinco temas principales, que describiremos a continuación:

a. Factor

Integran esta categoría aquellas menciones que hacen referencia a los aspectos “psi” como intervinientes en la experiencia de dolor y, por consiguiente, en la conformación del cuadro clínico de la FM. Por ejemplo: “Existe el prejuicio de que las mujeres se quejan más de dolor que los hombres y se atribuye a factores psicológicos”²⁹.

Estas cuestiones enfatizan la perspectiva del dolor desde un punto de vista multidimensional, y no solamente como una experiencia sensorial unidireccional, ubicando a las variables psicológicas en un nivel de importancia similar a las fisiológicas.

b. Estrategia terapéutica

Como señalamos anteriormente, entre las intervenciones terapéuticas mencionadas en los artículos se incluyen los tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos. Éstos muchas veces se asocian con los aspectos psicológicos que integran la dolencia, orientándose tanto hacia los factores intervinientes en el cuadro mismo, como a las comorbilidades asociadas.

Asimismo, en la mayoría de los casos, este tipo de estrategias se presentan de manera genérica, sin discriminar entre tipos de intervenciones o de corrientes teóricas de la psicoterapia, excepto un caso, en el que se nombran a la Terapia Cognitivo-Comportamental y la Terapia Interpersonal, para el tratamiento de la depresión.

c. Patología

Otra de las maneras en que las disciplinas “psi” se incluyen es a través de la vertiente patológica de los fenómenos mentales. De esta manera, se hace referencia a los “trastornos mentales” o “desórdenes psicológicos”, en general, o bien a cuadros específicos que pueden ser rastreados en las nosografías psicológico-psiquiátricas, como ansiedad y depresión.

d. Especialista

Esta categoría engloba aquellas referencias que hacen alusión a los especialistas o profesionales “psi”. La mayoría de las veces éstos se refieren a “especialistas” en enfermedades graves o dolencias crónicas, que dan cuenta de sus testimonios; en ningún momento se especifica, como sucede en el caso de los tratamientos, la corriente teórica del profesional en cuestión.

Asimismo, son pocas las referencias a los profesionales del ámbito de la salud mental que se ven implicados en estas temáticas, siendo la mayoría de las veces profesionales del ámbito de la biomedicina – neurólogos, anesthesiólogos y reumatólogos, tanto del contexto local como del internacional, quienes aparecen como referentes del área.

e. Disciplina

En menor medida, los artículos se refieren a los aspectos “psi” como disciplina profesional, del ámbito de la salud, que se encuentra implicada en el tratamiento de estas temáticas: “También desde las neurociencias y desde la psicología, hay desacuerdo”³⁰.

También en este caso observamos que la referencia a la psicología se hace sin distinguir o definir las áreas de implicancia, corriente teórica o la especialidad a la que se refiere, a diferencia de lo que sucede con respecto a las disciplinas biomédicas.

Discusión

A partir de los datos recabados para el presente artículo, podemos dar cuenta de que la presencia de la FM en los medios de comunicación gráfica argentina presenta una tendencia creciente desde fines de la década del '90, que va desde artículos aislados en los primeros años, hasta un promedio de ocho artículos por año, en los últimos cinco años. Sin embargo, la aparición de este tema fue relativamente tardía si tenemos en cuenta que los criterios diagnósticos de FM como entidad mórbida datan de 1990¹, mientras que la primera aparición en los registros es de 1999.

En cuanto a la manera en que se representa la FM, la mayoría de las veces aparece mencionada en una enumeración de afecciones de distinto tipo, encontrándose pocos artículos (16) en los que se explique qué es la FM. Tomando en cuenta los temas de los artículos en los que se integra a la FM, en su mayoría se encuentran relacionados con cuestiones relativas a la salud, siendo las más frecuentes las enfermedades reumáticas, las ofertas terapéuticas, y el "dolor". Esto último tiene sentido, dado que una de las características más destacadas que se utiliza para definir a la FM es la experiencia de dolor por parte de los consultantes. De hecho, en la bibliografía especializada, la FM se encuentra englobada dentro de los síndromes o enfermedades de dolor crónico, siendo la presencia de sensibilidad o dolor en 11 de 18 puntos – "puntos gatillo" – una de las maneras más difundidas para realizar un diagnóstico certero¹. Sin embargo, en los últimos años se comenzaron a realizar estudios para encontrar métodos diagnósticos alternativos², y que no se asocie a la FM erróneamente con trastornos de músculos periféricos³¹, o se haga caso omiso de los otros síntomas que caracterizan a la FM³². Incluso en esta nueva propuesta, el dolor continúa siendo uno de los aspectos más importantes para el diagnóstico y la definición de la FM como entidad mórbida³. De todas maneras, como ha notado Ponciano Aragon³³, en cada uno de estos intentos de sistematizar y de organizar un corpus de conocimiento que otrora parecía una "comunicación esquizofrénica" (p. 159), se pierde la comprensión global de la complejidad singular del sufrimiento, cuestión que también se refleja en los artículos recabados.

Otro aspecto interesante es que los padecientes son mayormente mujeres. Las cuestiones referidas al género han sido tenidas en cuenta por algunos autores³⁴, quienes explican a partir de factores biológicos – mutaciones genéticas, alteraciones en mecanismos sensoriales, psicológicos – que las mujeres reportan más distrés psicológico que los hombres – y socioculturales – estereotipos de los roles. Sin embargo, otros trabajos³⁵ plantearon que estas diferencias pueden deberse a sesgos de los profesionales que diagnostican, lo cual cuestionaría – y plantearía la necesidad de revisar – estas diferencias en la prevalencia.

Asimismo, la integración de la FM junto con otras enfermedades "reumáticas" – entre las que se incluyen la artritis, la artritis reumatoidea, lupus y esclerosis múltiple – pareciera responder no tanto al hecho de sus semejanzas sintomáticas, sino al hecho de que su conceptualización como entidad mórbida parte de la reumatología como especialidad médica. En efecto, los criterios diagnósticos corresponden al ACR¹, y la enfermedad como tal está inserta dentro del grupo de los "Trastornos de los tejidos blandos de las Enfermedades del sistema músculo-esquelético y tejido conectivo"⁴. Este hecho explica, a su vez, que los especialistas más consultados en los artículos sean reumatólogos. Sin embargo, es menester mencionar que la mayoría de los especialistas mencionados corresponden a las disciplinas biomédicas, y que incluyen además a neurólogos, psiquiatras, urólogos, genetistas, psicólogos, lo cual refleja el carácter multidimensional de la FM². De hecho, es común encontrar también que se incluya a la FM dentro de los llamados trastornos somáticos³⁶, correspondientes a las nosografías psicológico-psiquiátricas actuales, aunque no hay mención sobre esto en los artículos analizados.

En cuanto a las ofertas terapéuticas, abordamos este aspecto desde dos perspectivas diferentes. Si nos circunscribimos al "tema" de los artículos en los que se menciona la FM, encontramos que la

mayoría se corresponde con terapias o actividades ligadas al campo de las terapias alternativas o New Age³⁷, en especial tai-chi, meditación o acupuntura. Esto significa que en los artículos en los que se abordan estos temas, la FM aparece como un *target* de aplicación o utilización de este tipo de terapias o actividades. Esto es coherente con las tendencias actuales de difusión de las terapias alternativas para diferentes aplicaciones, tanto de enfermedades biomédicas como de otra índole, y en diferentes contextos^{38,39}, como así también con las corrientes que investigan la aplicación o el uso de terapias alternativas/complementarias para la FM⁴⁰⁻⁴².

Sin embargo, si nos limitamos a las terapias asociadas específicamente con la FM, las opciones terapéuticas se vinculan más con los tratamientos biomédicos, entre los que se incluyen fármacos – antidepressivos, anticonvulsivos y analgésicos, abordajes psicoterapéuticos o educativos, kinesiología y, en menor medida, terapias alternativas o no convencionales. En la mayoría de los artículos se prioriza su uso combinado. Esto coincide, asimismo, con el estado del arte en materia científica sobre la FM, en el que encontramos que las ofertas son variadas y que las recomendaciones se orientan hacia los tratamientos multicomponentes^{43,44}. De todas maneras, no existe un criterio homogéneo entre los distintos artículos que abordan esta temática, lo cual reafirma, asimismo, el carácter ambiguo y controvertido de esta afección, en especial en lo que hace a sus hipótesis causales y su complejidad sintomática.

También es menester destacar que ningún artículo hace referencia a la eficacia de las terapias mencionadas. Únicamente es posible rastrear que algunos recursos medicamentosos – como los analgésicos – no tienen efectos sobre el dolor percibido de los padecientes, o bien la aparición de fármacos específicos, como la Pregabalina, sobre la cual se discute respecto de su utilidad. Sin embargo, pese a que en muchos casos se citan estudios o se presenta el testimonio de especialistas en el tema, no hay alusión de los estudios científicos que apoyen o no claramente la utilización de determinadas estrategias terapéuticas. Esto también nos lleva a pensar en el lugar de la psicología, dado que, pese a la existencia de terapias específicas para el tratamiento del dolor crónico, incluyendo la FM^{10,44}, que presentan estudios que apoyan su eficacia y con mínimos efectos secundarios, en ningún momento han sido tenidos en cuenta por estas publicaciones.

En síntesis, la información analizada en los artículos recabados nos permite registrar de qué manera se difunde la información sobre la FM en la población general. Como habíamos señalado, esto es de fundamental interés dado el impacto que tienen los medios de comunicación en las creencias y las actitudes de las personas respecto de los temas de salud y ciencia¹⁶. En lo que respecta a la FM, la información que circula es en general difusa, lo cual puede deberse, en sí, al carácter inespecífico que presenta la FM en la literatura especializada. Sin embargo, hay pocas referencias respecto del estado del arte y de los avances en materia científica respecto de su constitución como entidad mórbida como de las alternativas de acción de quienes se encuentran con este diagnóstico. Esto se acentúa aún más cuando intentamos rastrear datos del contexto local –Argentina o Latinoamérica–, dado que la mayoría de la información se limita a contextos foráneos.

En cuanto al lugar de la psicología, encontramos que la información que se brinda es limitada. Pese a que existen referencias del impacto de las variables psicológicas en la FM y en la percepción del dolor⁶, la psicología aparece como una disciplina homogénea, sin referencia a especialidades, aplicaciones o corrientes teóricas, las cuales sí son referidas en la mayoría de los artículos científicos que vinculan a la FM y psicología. Tampoco aparecen referencias respecto de aplicaciones específicas de tratamientos psicológicos para este tipo de dolencia.

El análisis temático realizado también nos permitió dar cuenta de temas que esperábamos que fueran abordados en los artículos, pero que no aparecieron, tales como: la eficacia o apoyo empírico de los tratamientos, referencias respecto de la adherencia al tratamiento, efectos secundarios de los fármacos, entre otros. De todas maneras, rescatamos que, pese a que muchas veces la información es incompleta o carente de referencias a la literatura especializada, ésta no se contradice con el estado del arte actual y, en definitiva, ubica a la FM dentro de la agenda de temas que circulan en los medios masivos. Sin embargo, consideramos que el lugar de la psicología se presenta aún limitado, por lo que es menester continuar promoviendo los avances en materia científica para su difusión en la población general.

Referencias

1. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia: report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum.* 1990; 33(2):160-72.
2. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P, et al. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res.* 2010; 62(5):600-10.
3. Wolfe F. Stop using the American College of Rheumatology criteria in the clinic. *J Rheumatol.* 2003; 30(8):1671.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
5. Inanici F, Yunus MB. History of fibromyalgia: past to present. *Current Pain Headache Rep.* 2004; 8(5):369-78.
6. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Surv Anesthesiol.* 1967; 11(2):89-90.
7. Griffies WS. Believing in the patient's capacity to know his mind: a psychoanalytic case study of fibromyalgia. *Psychoanal Inquir.* 2010; 30(5):390-404.
8. Suhr JA. Neuropsychological impairment in fibromyalgia: relation to depression, fatigue, and pain. *J Psychosom Res.* 2003; 55(4):321-9.
9. Otis JD. Managing chronic pain: a cognitive-behavioral therapy approach workbook. Oxford: Oxford University Press; 2007.
10. Thorn BE. Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide. New York: Guilford Press; 2004.
11. Fordyce WE, Fowler RS, DeLateur B. An application of behavior modification technique to a problem of chronic pain. *Behav Res Ther.* 1968; 6(1):105-7.
12. Schudson M. The Sociology of news. New York: W.W. Norton & Company; 2003.
13. Rodrigues AD. Experiência, modernidade e campo dos media. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa; 1999 [acesso 2015 Jun 2]. Disponível em: http://www.bocc.ubi.pt/_esp/autor.php?codautor=2.
14. Dimopoulos K, Koulaidis V. The socio-epistemic constitution of science and technology in the Greek press: an analysis of its presentation. *Public Understand Sci.* 2002; 11(3):225-41.
15. Nelkin D. Selling science: how the press covers science and technology. New York: Freeman; 1995.
16. Pellechia MG. Trends in science coverage: a content analysis of three US newspapers. *Public Understand Sci.* 1997; 6(1):49-68.
17. Moscovici S. El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul; 1979.
18. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health.* 2003; 18(2):141-84.
19. Karasz A, Dempsey K. Health seeking for ambiguous symptoms in two cultural groups: a comparative study. *Transcult Psychiatr.* 2008; 45(3):415-38.
20. Kleinman AM. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
21. Pierret J. The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. *Soc Health Illness.* 2003; 25(3):4-22.

22. Souza RA, Brandão ER. À sombra do aborto: o debate social sobre a anticoncepção de emergência na mídia impressa brasileira (2005-2009). *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):161-75.
23. Rios C, Ortega F, Zorzaneli R, Nascimento LF. Da invisibilidade à epidemia: a construção narrativa do autismo na mídia impressa brasileira. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):325-35.
24. Brigeiro M, Maksud I. Aparição do viagra na cena. *Estud Fem*. 2009; 17(1):71-88.
25. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006; 3(2):77-101.
26. Freidin B, Ballesteros M. La difusión transnacional de medicinas alternativas: la presencia del Ayurveda en la prensa argentina. *Pap Trabajo*. 2012; 6(10):128-59.
27. Kornblit AL, Jones D, Pérez G, Verardi M. El SIDA en la prensa escrita Argentina. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires; 2001. (Documentos de Trabajo, 25).
28. Poblet V. Cansancio y malestar, cómo combatir la fibromalgia [Internet]. *Rev Susana* 8 May 2012; Su Bienestar [acceso 2014 Jul 10]. (8). Disponible em: <http://www.revistasusana.com/1470483-fibromalgia-cansancio-y-malestar-generalizado-como-combatirla>
29. Luna P. El dolor también tiene sexo [Internet]. *El País*. 2008 Nov 4 [acceso 2014 Jul 10]. Disponible em: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-114932-2008-11-13.html>.
30. Román V. Afirman que ciertos alimentos influyen en el estado de ánimo [Internet]. *Clarín*. 28 Jul 2006 [acceso 2014 Jul 10]. Disponible em: <http://old.clarin.com/diario/2006/07/28/sociedad/s-03401.htm>
31. Crofford LJ, Clauw DJ. Fibromyalgia: where are we a decade after the American College of Rheumatology classification criteria were developed? [editorial]. *Arthritis Rheum*. 2002; 46(5):1136-8.
32. Mease P. Fibromyalgia syndrome: review of clinical presentation, pathogenesis, outcome measures, and treatment. *J Rheumatol*. 2005; 75 Supl:6-21.
33. Ponciano Aragón LE. Fibromialgia: perspectivas de um campo problemático. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(32):166-9.
34. Yunus MB. The role of gender in fibromyalgia syndrome. *Curr Rheumatol Rep*. 2001; 3(2):128-34.
35. Katz JD, Mamyrova G, Guzhva O, Furmark L. Gender bias in diagnosing fibromyalgia. *Gend Med*. 2010; 7(1):19-27.
36. American Psychiatric Association. The diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM 5. Washington (DC): American Psychiatric Association Press; 2013.
37. Carozzi MJ. Nueva era y terapias alternativas: construyendo significados en el discurso y la interacción. Buenos Aires: UCA; 2001.
38. Vincent C, Furnham A. Why do patients turn to complementary medicine? An empirical study. *Br J Clin Psychol*. 1996; 35(1):37-48.
39. Saizar MM, Sarudiansky M, Korman GP. Mental health and new therapeutic complementarities: the experience in two public hospitals in Buenos Aires, Argentina. *Psicol Soc*. 2013; 25(2):451-60.
40. Lind BK, Lafferty WE, Tyree PT, Diehr PK, Grembowski DE. Use of complementary and alternative medicine providers by fibromyalgia patients under insurance coverage. *Arthritis Care Res*. 2007; 57(1):71-6.

41. Sarac AJ, Gur A. Complementary and alternative medical therapies in fibromyalgia. *Curr Pharmacol Des.* 2006; 12(1):47-57.
42. Terhorst L, Schneider MJ, Kim KH, Gozdich LM, Stillely CS. Complementary and alternative medicine in the treatment of pain in fibromyalgia: a systematic review of randomized controlled trials. *J Manipulative Physiol Ther.* 2011; 34(7):483-96.
43. Fitzcharles MA, Ste-Marie PA, Goldemberg DL, Pereira JX, Abbey S, Choinière M, et al. 2012 Canadian guidelines for the diagnosis and management of fibromyalgia syndrome: executive summary. *Pain Res Manag.* 2013; 18(3):119.
44. Flor H, Turk D. *Chronic pain: an integrated biobehavioral approach.* Seattle: IASP Press; 2012.

Sarudiansky M. A análise temática da fibromialgia na mídia impressa argentina: descrições gerais e o papel da psicologia. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):25-36.

Desde sua conceitualização em 1990, a Fibromialgia (FM) vem sendo discutida em termos de sua validade como diagnóstico, sua definição como doença e seus tratamentos. Estas questões têm sido abordadas por diferentes disciplinas biomédicas e sociais, entre as quais a psicologia, a psiquiatria, a antropologia e a sociologia. Neste artigo discutimos como se difundem os saberes a respeito da FM na Argentina, a partir de uma análise temática dos artigos publicados sobre esta síndrome na mídia impressa. Analisaremos a forma como as peças jornalísticas descrevem a FM – suas características gerais, hipóteses causais e tratamentos – e como a mídia aborda o papel da psicologia em seu tratamento.

Palavras-chave: Fibromialgia. Meios de Comunicação. Análise temática. Psicologia.

Recebido em 12/01/15. Aprovado em 07/07/15.

Hormônios, sexualidade e envelhecimento masculino: um estudo de imagens em *websites*

Cristiane da Costa Thiago^(a)
Jane Araujo Russo^(b)
Kenneth Rochel de Camargo Júnior^(c)

Thiago CC, Russo JA, Camargo Júnior KR. Hormones, sexuality and male aging: a study of website images. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):37-50.

This study focuses on the construction of male hormonal decline relating to aging as part of a more general process of medicalization of male sexuality and aging. In order to accomplish this objective, 14 websites of pharmaceutical laboratories that sell drugs for male sexual health and seven websites of medical-scientific associations focusing on male sexual health were surveyed. We used the images found on these sites as analysis material. Based on our analysis, we discuss the existence of a partnership between the medical-scientific associations and the pharmaceutical industry, which tends to present male aging as a medical problem and promotes hormone replacement therapy (HRT) with testosterone as a way of treating it. This therapy is also presented as a means to recover happiness, productivity, 'quality of life' and wellbeing.

Keywords: Medicalization. Physiological sexual dysfunction. Sexual health. Men's health. Hormones.

Este trabalho tem como foco a construção do declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, como parte de um processo mais geral de medicalização da sexualidade e envelhecimento masculinos. A fim de atingir esse objetivo, foram pesquisados 14 *websites* de laboratórios farmacêuticos que comercializam drogas para a saúde sexual masculina e sete *websites* de associações médico-científicas voltadas para a saúde sexual masculina. Utilizamos as imagens encontradas em tais sites como material de análise. A partir do que foi analisado, discutimos a existência de uma parceria entre as associações médico-científicas e a indústria farmacêutica, que tende a apresentar o envelhecimento masculino como um problema médico, promovendo a terapia de reposição hormonal (TRH) com testosterona como tratamento. Tal terapia é também apresentada como um meio para recuperar a felicidade, a produtividade, a 'qualidade de vida' e o bem-estar.

Palavras-chave: Medicalização. Disfunção sexual fisiológica. Saúde sexual. Saúde do homem. Hormônios.

^(a,b) Departamento de Políticas e Instituições de Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ). Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, Maracanã. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20550-013. cristhiago7@gmail.com; jane.russo@gmail.com

^(c) Departamento de Planejamento e Administração em Saúde, IMS, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. kenneth@uerj.br

Introdução

O objetivo geral do presente estudo consiste em caracterizar o modo como é definido e tratado o declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, em *websites* de laboratórios farmacêuticos e associações médico-científicas, analisando o processo de medicalização da sexualidade e envelhecimento masculinos. Para isso, utilizamos, como material de análise, imagens encontradas nesses *websites*.

O conceito de medicalização apresentado por Conrad¹ descreve um processo complexo, a partir do qual problemas não médicos passam a ser definidos e tratados como problemas médicos, geralmente, em termos de distúrbios e desordens. Segundo o autor, tal processo, que contaria com a participação de vários agentes – como a indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, a classe médica, a mídia e o público leigo –, seria caracterizado por relações de consumo ‘transformando’ percepções e ideias sobre saúde/doença.

Neste contexto, observamos, atualmente, que o declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento tem ocupado espaço significativo no discurso médico-científico. Em tal discurso, esse declínio é apresentado como problema médico, com sintomas característicos e que necessita de um tratamento específico (reposição hormonal com testosterona).

Na literatura médica, o declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento é caracterizado pela baixa dos níveis do hormônio testosterona, no sangue, em homens, a partir da meia-idade (em torno dos quarenta anos), acompanhado por sintomas característicos como: fadiga, depressão, perda da libido, disfunção erétil, diminuição do tecido muscular, entre outros².

A escolha da expressão, derivada da biomedicina, ‘declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento’ na construção deste trabalho, ocorreu porque a consideramos, dentre outras existentes, a mais descritiva e neutra possível para o objetivo proposto. Sabemos, entretanto, que seu uso é problemático porque longe de ser apenas a descrição de um estado, já estaria apontando para uma definição médica (por se referir a ‘declínio hormonal’), e bem possivelmente, usando a definição de Conrad¹, estaríamos diante da ‘tradução médica’ de um problema não médico, ou seja, de um processo de medicalização. De forma ainda tentativa, podemos pressupor que se trata, aqui, da medicalização da própria velhice masculina, ou, melhor dizendo, do declínio físico e mental que fatalmente acompanha o processo de envelhecimento.

Utilizamos a internet como campo de pesquisa porque, de modo similar à Vargas³, consideramos esse veículo de comunicação um importante dispositivo de produção e divulgação de ideias, conceitos e informações na área de saúde, um recurso a serviço da divulgação científica, da promoção da saúde e de suas implicações para a existência individual e coletiva.

Além disso, determinadas características da internet – a rapidez na transmissão das informações e a variedade de formas pelas quais as mensagens podem ser transmitidas (textos, imagens, vídeos) e facilmente selecionadas e percorridas pelo *mouse* – certamente, contribuem para seu significativo poder mercadológico, tanto em relação à venda de produtos e serviços quanto à promoção e divulgação de informações.

Nossa intenção é contribuir para que o tema declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, inserido no debate atual sobre assuntos referentes à saúde masculina, possa ser tratado de maneira crítica, em que a perspectiva da medicalização seja considerada nos processos de desenvolvimento de novas categorias nosológicas ou de novas abordagens das já existentes.

Tais processos seriam marcados pelo incentivo ao consumo de medicamentos e de outras tecnologias de saúde, além de contar com a participação da indústria farmacêutica, profissionais de saúde, mídia, entre outros, como atores que constroem e alimentam esses processos, colaborando com o contexto em que cada vez mais definições médico-patológicas têm sido relacionadas a questões e problemas até então não médicos.

Medicalização, hormônios e envelhecimento masculino: uma breve reflexão

Conrad¹, ao descrever o processo de medicalização, chama atenção para o aumento crescente, nos últimos anos, do número de problemas definidos como médicos, antes não abordados nessa esfera. Processos naturais da vida (nascimento, envelhecimento, morte), aspectos fisiológicos (menstruação, sono, fome), características e experiências do ser humano (humor, emoções) e comportamentos antes considerados desviantes são, atualmente, medicalizados.

Podemos perceber que nos discursos médicos, referentes ao declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, são abordados assuntos gerais que envolvem a saúde masculina, ou seja, tal declínio é relacionado diretamente a questões como: bem-estar, qualidade de vida, autocuidado, busca de auxílio médico e informações sobre saúde por parte dos homens, entre outras.

Parecem surgir, então, novas representações acerca da saúde masculina. Assim, temas como sexualidade e envelhecimento masculinos passam a ser abordados sob novas perspectivas, produzindo normas e ideais que impulsionam a construção de necessidades e formas de consumo. Os veículos de comunicação de massa, como televisão, jornais e internet, funcionam como agentes divulgadores dessas novas representações.

Rohden⁴ aponta mudanças nas concepções envolvendo o envelhecimento e a sexualidade na atualidade, em que, na relação entre envelhecimento e sexualidade, destaca-se a promoção de comportamentos centrados na valorização do corpo jovem, saudável e sexualmente ativo.

A autora argumenta que tais concepções estariam em contraste com as que admitiam que, com o decorrer dos anos, e as consequentes alterações corporais, tenderia a ocorrer uma suposta diminuição do interesse e atividade sexual. Agora, o que se busca é, supostamente, prolongar a juventude ao máximo e desenvolver a melhor *performance* sexual possível por meio de hábitos disciplinares e/ou consumo de tecnologias disponíveis⁴.

No caso da terapia de reposição hormonal masculina, relacionada ao envelhecimento, que vem ocupando papel de destaque tanto nos veículos de comunicação de massa quanto nas publicações científicas, a testosterona é apresentada como 'o hormônio masculino', relacionado não só ao prolongamento da juventude e ao bom desempenho sexual (também visto como um tipo de 'fonte da juventude' e condição para uma vida saudável), mas, também, como responsável pela recuperação da produtividade, da 'qualidade' de vida, do bem-estar e da felicidade 'perdidos' pelo homem.

Assim, a terapia de reposição hormonal com testosterona é promovida, muitas vezes, como parte da 'manutenção' regular do corpo masculino¹ e como um meio para 'ter' ou 'recuperar' uma vida saudável, produtiva e feliz.

Diferentes categorias/terminologias diagnósticas são empregadas, no meio médico, para caracterizar o declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento como uma perturbação, um distúrbio ou uma deficiência, isto é, algo a ser reparado: andropausa, climatério masculino, menopausa masculina, LOH (*late-onset hypogonadism*) ou hipogonadismo masculino tardio, ADAM ou DAEM (*androgen deficiency of aging male* ou deficiência androgênica do envelhecimento masculino), PADAM (*partial androgen deficiency of aging male*) e, mais recentemente, TDS ou SDT (*testosterone deficiency syndrome* ou síndrome da deficiência de testosterona)⁵.

Notamos que, apesar de as diferentes terminologias diagnósticas existentes apresentarem vários pontos em comum, como a similaridade na descrição da maioria dos sintomas referentes a tal baixa hormonal, há diferenças no processo de construção da categoria declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento^{2,4-13}. Desta forma, acreditamos não ser adequado considerá-las sinônimos, ou seja, que elas se diferenciem apenas por suas nomenclaturas.

A utilização de siglas (ADAM ou DAEM, PADAM, SDT ou TDS) tem substituído os termos mais antigos: menopausa masculina, climatério masculino, andropausa. Tal utilização parece fazer parte de um movimento que visa afastar a conotação negativa daqueles, além de ampliar o espectro de diagnóstico, com consequente expansão do mercado consumidor, em um processo análogo ao da substituição da terminologia 'impotência sexual' pela terminologia 'disfunção erétil'^{14,15}.

Desse ponto de vista, é importante atentar que um termo como 'andropausa' está mais distanciado das ideias de 'deficiência' ou 'desordem', podendo remeter para um processo considerado 'natural',

como a sua contrapartida feminina menopausa, sendo, nesse sentido, menos 'medicalizável' do que as siglas ADAM ou DAEM, PADAM, SDT ou TDS^(d).

Diversos autores, como Angel^{16,17}; Healy¹⁸; Fishman¹⁹; Oldani^{20,21}, têm apontado o modo como, cada vez mais, as categorias diagnósticas e os medicamentos são produzidos, promovidos e divulgados simultaneamente. Nesse sentido, Applbaum²² sugere que as técnicas de *marketing* utilizadas pela indústria farmacêutica, a fim de promover medicamentos, colaboraram para a 'formação' de um tipo de consumidor: o '*medical consumer*'. Tais técnicas incluiriam a chamada '*disease mongering*', ou seja, a 'mercantilização' de doenças, com a 'criação' de novas doenças ou redefinição de condições já existentes²³, de maneira que o consumo de alguma medicação seja promovido.

Assim, quando uma medicação trata uma doença específica, 'descoberta' pela ciência, esse tratamento passa a ser considerado o único tratamento eficaz para tal doença. Isso impulsiona a comercialização de produtos farmacêuticos, já que os medicamentos são promovidos por meio de afirmações científicas sobre sua eficácia e benefício médico, supostamente, 'revelados' por pesquisas clínicas 'objetivas'¹⁹.

A indústria farmacêutica, além de vender seus produtos, 'vende' informações sobre eles, de uma maneira cada vez mais significativa e crescente²⁴. Os mais variados meios são utilizados, pela indústria, a fim de atingir tais objetivos, tanto em relação à esfera médica quanto à população leiga. Os meios de comunicação de massa, como televisão, jornais, revistas e internet, são veículos utilizados visando atrair o máximo de compradores para seus produtos.

Nesse sentido, Barros²⁴ chama atenção para a crescente utilização da internet como veículo disseminador de propagandas para os consumidores, onde elas, muitas vezes, são apresentadas como instrumentos educativos ou de informação para a 'promoção' da saúde.

Podemos observar, também, a utilização da internet pela indústria farmacêutica como meio de fornecer informações para a classe médica e outros profissionais da saúde. Isso ocorre, por exemplo, em *websites* de associações médico-científicas e *websites* de laboratórios farmacêuticos, onde existem áreas de acesso restritas a esses profissionais. Em tais áreas, há informações sobre saúde/doença e medicamentos, oriundas dos laboratórios farmacêuticos.

É nesta perspectiva que o presente estudo pretende analisar imagens, encontradas em *websites* de laboratórios farmacêuticos e associações médico-científicas, que estejam conectadas a questões referentes à categoria 'declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento'.

Metodologia

Buscamos analisar as imagens encontradas nos *websites* pesquisados por meio da formulação de um roteiro de imagens. Nosso intuito foi estabelecer relações entre ideias e elementos vinculados às imagens analisadas e o processo de medicalização presente na definição, promoção e divulgação do declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, dentro do contexto da medicalização da sexualidade e do envelhecimento masculinos.

O procedimento metodológico desenvolveu-se em três etapas. Na primeira, foi feito um levantamento dos *websites* a serem analisados. Na segunda, realizou-se a coleta dos dados encontrados nos *websites* selecionados para análise. Na terceira, as imagens encontradas nos *websites* foram submetidas a um procedimento de análise de conteúdo para identificação dos principais

^(d) Controvérsias, no meio médico-científico, em torno da construção de terminologia/categorias diagnósticas, fazem parte do processo de legitimação destas, e podem ser vistas como um indicativo do processo de medicalização, no qual um nome legítimo para uma condição promulga o seu diagnóstico e, ao fazê-lo, reestrutura e constitui, de certa maneira, a condição nomeada.

núcleos temáticos referentes ao declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, associando-os ao processo de medicalização da sexualidade e envelhecimento masculinos, no contexto de promoção e divulgação de categorias/terminologias diagnósticas ligadas a tal declínio.

Foram considerados, para análise, os *websites* de laboratórios farmacêuticos que comercializam medicamentos para a saúde sexual masculina. Delimitamos a busca referente à saúde sexual masculina em dois 'problemas de saúde' e seus tratamentos mais utilizados no meio médico:

- . Disfunção erétil: medicamentos inibidores da fosfodiesterase V (PDE5), como o Viagra® (sildenafil);
- . Declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento (andropausa, climatério masculino, menopausa masculina, hipogonadismo masculino tardio ou de início tardio, ADAM ou DAEM, PADAM, TDS ou SDT): medicamentos à base de testosterona, nas suas diversas formas farmacêuticas de apresentação, como o Nebido® (injeção intramuscular de testosterona).

Consideramos relevante pesquisar os *websites* de laboratórios que comercializam medicamentos para disfunção erétil, pois tal 'problema de saúde', referente à esfera sexual masculina, é um dos sintomas do declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento mais enfatizados nos discursos médico-científicos, atualmente.

Para a busca dos *websites* com as características acima citadas, utilizamos conhecimento prévio de alguns, que foram analisados durante o período de julho a outubro de 2011, além de uma pesquisa no *website* Google (<http://www.google.com.br>), no período de setembro a outubro de 2011, utilizando os seguintes termos-chave:

- . Inibidores da fosfodiesterase 5/Phosphodiesterase-5 inhibitors
- . Testosterona injetável/Testosterone injectable
- . Testosterona comprimido/Testosterone pill
- . Testosterona gel/Testosterone gel
- . Testosterona implante/Testosterone pellet
- . Testosterona adesivo/Testosterone patch

A partir do nome dos medicamentos de referência⁽⁶⁾ encontrados, buscamos os nomes dos laboratórios que os comercializam, por meio do Google. Encontramos 14 *websites* de laboratórios em inglês, português e espanhol. Os quatro *websites* em língua inglesa encontrados foram dos laboratórios: Auxilium, Prostrakam, Watson Pharmaceuticals e Endo Pharmaceuticals. Na língua espanhola, foi o da empresa farmacêutica Laboratórios Beta S.A. Os nove *websites* em língua portuguesa foram dos laboratórios: Eli Lilly, Bayer Shering Pharma, Grupo EMS, Pfizer, Cristália, Medley, Eurofarma, Abott e Pierre Fabre Laboratórios. Para a análise dos *websites* de associações médico-científicas, foram utilizadas referências de associações médico-científicas encontradas em pesquisas anteriores²⁵. O *website* de pesquisa Google foi utilizado como ferramenta de auxílio para a busca dos *websites* referentes a tais associações. A pesquisa foi realizada durante o período de julho a setembro de 2011.

Foram pesquisados os *websites* das seguintes associações médico-científicas:

- . SBU (Sociedade Brasileira de Urologia)
- . SBEM (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia)
- . ABEIS (Associação Brasileira para o Estudo de Inadequação Sexual)
- . ISSM (International Society for Sexual Medicine)
- . SLAMS (Sociedade Latinoamericana de Medicina Sexual)
- . WAS (World Association for Sexual Medicine)
- . SBRASH (Sociedade Brasileira de Estudos em Sexualidade Humana)

⁽⁶⁾ Medicamento de referência consiste em um produto inovador, registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária do país. Possui eficácia, segurança e qualidade comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro [acesso 26 Out 2011]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>.

A coleta de dados foi feita por meio da busca de material relacionado ao tema pesquisado, nas seguintes seções dos *websites* de laboratórios farmacêuticos e associações médico-científicas:

- . Saúde masculina
- . Saúde do homem
- . Saúde sexual
- . Saúde sexual masculina
- . Urologia/Saúde urológica
- . Endocrinologia
- . Andrologia

Resultados e discussão

Dos 14 *websites* de laboratórios encontrados⁽⁴⁾, dois apresentaram imagens relacionadas ao tema pesquisado (declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento): Bayer Shering Pharma e Auxilium. Dentre as quatro imagens encontradas no *website* do laboratório farmacêutico Bayer Shering Pharma, resolvemos descartar uma, devido ao seu pequeno tamanho. O mesmo ocorreu em relação à única imagem encontrada no *website* do laboratório farmacêutico Auxilium. Assim, dentre as cinco imagens encontradas nos *websites* de laboratórios farmacêuticos, três foram separadas para análise, todas pertencentes ao *website* da Bayer Shering Pharma.

Dos sete *websites* de associações médico-científicas analisados, dois apresentaram imagens relacionadas ao tema pesquisado: os *websites* da SBU e da ISSM. No *website* da SBU, foram encontradas quatro imagens. Dentre elas, resolvemos separar uma para análise, pois se tratava de uma imagem bastante significativa e ilustrativa para o estudo. Além disso, tinha uma dimensão maior em relação às outras três, que eram bastante pequenas. O *website* da ISSM continha apenas uma imagem relacionada ao tema de pesquisa, mas, por conta de seu pequeno tamanho, resolvemos descartá-la. Portanto, dentre as cinco imagens encontradas nos *websites* de associações médico-científicas, foi separada uma para análise, pertencente ao site da SBU. Ao analisarmos as imagens encontradas, observamos características comuns existentes entre elas:

- . Presença apenas de pessoas brancas (homens com cabelos grisalhos e mulheres com cabelos castanho claro na maioria das imagens);
- . Todo casal apresentado é constituído por homem e mulher;
- . As pessoas aparentam ser de classe média alta → pessoas vestidas com roupas de boa qualidade, sóbrias e elegantes (o que sugere certa respeitabilidade);
- . Faixa etária predominante: cinquenta a sessenta anos (há apenas duas imagens que apresentam casais mais jovens, entre 35 e 45 anos);
- . Aparência de 'saúde', 'beleza' e 'felicidade' → pessoas em boa forma física (todos magros, tonificados), a maioria sorrindo (com dentes impecáveis), pele bem tratada (há apenas um homem barbado, porém, sua barba é rala), e, em alguns casos, também bronzeada. Não há nenhum homem calvo.

A fim de analisar o modo pelo qual as imagens se articulam ao consumo de certa identidade, utilizamos o trabalho de França²⁶.

A autora aborda o consumo de uma perspectiva cultural, discutindo as relações existentes entre consumo e 'construção de identidades' na esfera de mercado direcionada aos homossexuais. Segundo afirma, o processo de 'construção identitária', no contexto do movimento LGBT (Lésbicas, Gays,

⁽⁴⁾ Deve-se considerar que sites encontrados em línguas estrangeiras, com exceção do inglês e espanhol, não foram analisados.

Bissexuais, Travestis e Transexuais) de São Paulo, vincula-se à expansão de um mercado específico para tal público, o que ocorre, paralelamente, à afirmação identitária promovida pelos movimentos sociais.

Seu trabalho é apoiado na disciplina 'antropologia do consumo', que tem como um de seus principais pontos: "[...] mostrar em que medida os objetos constituem-se peças-chave para a construção de identidade social, e isso ocorre em todas as épocas e sociedades. Eles demarcam fronteiras, gostos, classes, faixa etária, estilos de vida"²⁷ (p. 7).

Tais objetos assumem valor e significado diversos, dependendo do contexto sociocultural em que estão inseridos. Essa visão afasta o enfoque que considera as identidades como 'essenciais' e 'estáveis'.

Fazendo um paralelo com o trabalho de França²⁶, podemos observar que as imagens encontradas nos *websites* possuem certo padrão de apresentação, parecendo se dirigir a um público específico (classe média alta, branca, heterossexual, entre cinquenta e sessenta anos).

Assim, ideias e concepções sobre saúde/doença, atreladas ao consumo de bens e serviços de saúde, transmitidas em tais imagens, estariam demarcando classe, faixa etária, orientação sexual e raça para as quais seriam dirigidas. Isso parece fazer parte do processo de construção de um mercado segmentado, que 'incluiria' e 'excluiria' pessoas a partir de diferenças sociais/raciais e comportamentais, impulsionando a demarcação de um público consumidor, caracterizado pelo valor que determinados hábitos e conceitos relacionados à saúde assumiriam nesse grupo.

No entanto, é preciso considerar que essa é uma via de mão dupla, ou seja, as mensagens transmitidas estariam, de certa forma, indo ao encontro de desejos, ideias, percepções e 'necessidades' que 'transitam' no imaginário desse grupo, ao mesmo tempo em que contribuem para configurar e reformular tal imaginário. De qualquer modo, as imagens parecem vender, em níveis diferentes, três *commodities*, a saber: uma deficiência ou transtorno ligado seja à sexualidade masculina, seja ao processo de envelhecimento; um medicamento capaz de tratar a deficiência ou o transtorno; um modo de ser saudável e feliz (o que se sobrepõe por meio da noção de 'bem-estar') que envolve certa constituição corporal e estética e, também, certo nível de consumo (explicitado nas roupas, no corte de cabelo, no tom da pele).

A 'venda' do ideal corporal/estético/de classe é inseparável da venda do 'transtorno' e seu 'remédio'. Ou seja, o homem que vê esse anúncio é levado a associar a posse de um 'transtorno' à distância do ideal. E vice-versa: ficar bom do possível 'transtorno', tomando o medicamento sugerido, significa ficar também próximo do ideal (ou seja, ficar também magro, com os músculos torneados, com o cabelo bem cortado, vestindo roupas sóbrias e elegantes, com um sorriso impecável, pele branca, mas bronzeada no tom certo e, sobretudo, com uma bela mulher nos braços).

Vale ressaltar que, apesar das imagens estarem inseridas em um contexto onde questões sobre a saúde masculina são abordadas, dentre elas o declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, a figura feminina está, muitas vezes, presente. Isso sugere a promoção de certo 'companheirismo' entre o homem e a mulher no que se refere a questões de saúde. Além disso, pode refletir a ideia de que o homem, por si só, não cuida de sua saúde, necessitando do apoio e incentivo de uma mulher para isso; e de que, ao se tratar, ao cuidar de sua saúde, o homem estaria 'satisfazendo' sua parceira.

A Figura 1, que mostra um casal correndo na praia, com a mulher posicionada na frente do homem, pode ser considerada uma ilustração de tal ideia.



Figura 1

Na mensagem textual que acompanha a imagem, podemos notar a ênfase na área do relacionamento conjugal, devido ao uso repetido da palavra 'relacionamento'. A expressão 'qualidade de vida', juntamente com a imagem de uma corrida na praia, remete a questões sobre saúde e bem-estar. É importante destacar o uso das palavras função e disfunção, relacionadas, aqui, à disfunção erétil (ao clicarmos na imagem, apareceu um texto referente a esse assunto), considerada, no meio médico, um dos principais sintomas do declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento.

Penn²⁸ argumenta que o sentido de uma imagem visual pode ser ancorado pela mensagem textual que a acompanha, na medida em que tal texto auxilia na 'extração' e 'nomeação' de significados contidos nas imagens. Assim, como na imagem acima, por exemplo, as palavras/expressões contidas na mensagem textual que a acompanha acabam enriquecendo as possibilidades de interpretação de significados encontrados.

Em relação à presença feminina nas imagens, devemos notar, também, que as questões enfatizadas nessas áreas dos *websites* (saúde masculina, saúde do homem, saúde sexual masculina, entre outras) – como o declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, a disfunção erétil, os problemas da próstata e a ejaculação precoce –, são da esfera sexual, e, portanto, envolvem a parceria sexual feminina, já que o público a ser alcançado, nesse caso, é o heterossexual. Assim, é apresentada a ideia, subliminarmente, de que ser homem é ser heterossexual.

As pessoas aparecem sempre sorrindo, o que parece promover a ideia de que o tratamento médico é capaz de 'devolver' a felicidade e o bem-estar, não só ao homem, mas à sua companheira também. A Figura 2 é bem ilustrativa, pois mostra dois momentos na vida de um homem: antes e depois da procura por tratamento médico. Nela podemos observar que, antes de procurar ajuda médica, ele está cabisbaixo e sozinho. Depois, aparece feliz, com sua companheira.



Figura 2

A felicidade das pessoas, tanto dos homens quanto dos casais, e as atividades ao ar livre, mostradas nas imagens, podem ter como objetivo estimular a busca de uma 'melhor qualidade de vida' por parte dos homens, que irá proporcionar-lhes 'mais alegria', 'mais felicidade', levando-os à procura dos meios propostos para atingir tais objetivos, dentre eles: o tratamento de reposição hormonal com testosterona para o declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento.

A Figura 3, por exemplo, mostra um homem maduro, ao ar livre e feliz, aparentemente fazendo algum exercício físico, ao mesmo tempo em que chama atenção para a questão hormonal, com a pergunta 'Menopausa masculina existe?'

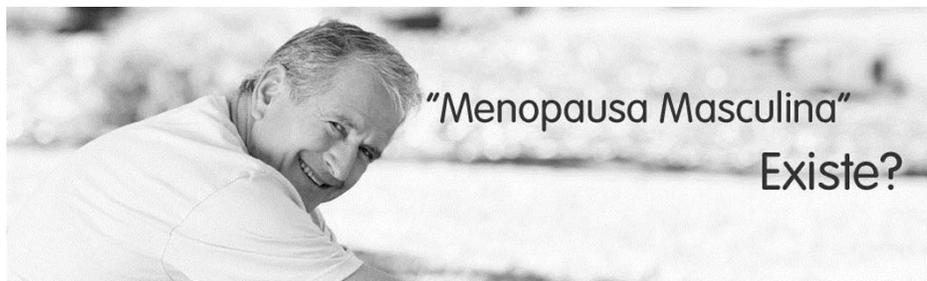


Figura 3

Goffman²⁹ discute, de maneira ilustrativa, como os homens e as mulheres são retratados nos anúncios publicitários, onde suas relações sociais estariam representadas. O autor apresenta a ideia de 'ritual', referindo-se a comportamentos, ações ou gestos atribuídos tanto aos homens quanto às mulheres, que podem ser observados nesses anúncios.

Tais condutas 'ritualizadas' expressariam o que é considerado adequado para cada gênero, no contexto social. Assim, quando uma determinada conduta não se enquadra nos padrões estabelecidos, pode, por exemplo, colocar dúvida sobre a masculinidade dos homens ou a feminilidade das mulheres. Esses 'rituais de interação' seriam maneiras codificadas de comportamento, onde as condutas não portariam sentido em si mesmas, mas nos códigos culturais que nelas imprimem significado²⁹.

O autor utiliza a noção de '*displays* de gênero', que funcionariam como 'marcadores rituais', 'marcas' de pertencimento a grupos de gênero, 'ensinados' e 'assumidos' tacitamente, exercendo o papel de 'controladores sociais de *performance*'²⁹.

Nas imagens publicitárias, ações e comportamentos expressos seriam 'hiper-ritualizados', ou seja, ensaiados, produzidos, repetidos até que expressem com a máxima eficiência, o objetivo publicitário²⁹. Assim, como diz Penn²⁸ (p. 325): "[...] os signos da publicidade são intencionais e serão, por isso, claramente definidos, ou 'compreendidos'. Sabemos também que a intenção será promover a fama e as vendas do produto".

Isso nos leva a pensar que tanto os homens quanto as mulheres, em tais anúncios, são retratados de uma maneira idealizada, estereotipada. Além disso, práticas, ideias e conceitos existentes em relação às diferenças entre homens e mulheres, expressas no contexto social, são, muitas vezes, reforçadas, mantidas ou reformuladas por intermédio desse meio de propaganda.

Podemos notar, nas imagens analisadas, algumas dimensões levantadas por Goffman²⁹, no que diz respeito à maneira pela qual os homens e as mulheres são apresentados em anúncios publicitários:

- . Tamanho relativo → tendência de os homens serem mais altos ou aparecerem numa posição espacial mais elevada do que as mulheres;

- . Toque feminino → tendência de as mulheres, mais do que os homens, aparecerem tocando objetos (traçando delicadamente seus contornos ou superfícies) ou elas mesmas.

É interessante observar que, na imagem mostrando dois momentos na vida de um homem, também já comentada, aparece a mão de uma mulher tocando a mão de um homem. Nesta imagem, o homem também está tocando o rosto da mulher, mas há uma diferença evidente entre os dois modos de tocar. No caso do toque masculino ele parece, nitidamente, segurar o rosto de sua companheira, isto é, ele parece ter tomado a iniciativa da aproximação. Ou seja, comparando as duas maneiras de tocar

das mãos, da mulher e do homem, este último parece estar realizando uma ação, enquanto o toque feminino parece mais reativo.

. Ritualização de subordinação → tendência de as mulheres serem apresentadas em 'poses' de subordinação em relação aos homens (estarem deitadas ou sentadas enquanto os homens estão em pé, por exemplo). Essa dimensão também abarca a apresentação das mulheres numa condição infantilizada (com gestos e posições infantis) em relação aos homens. A Figura 4 pode ser considerada uma ilustração dessa tendência.



Figura 4

Nesta imagem, podemos observar que aparece um dos pés de uma mulher levantado para cima, uma posição bastante descontraída e comum entre as crianças. Além disso, a mulher aparece sorrindo, enquanto o homem, além de estar de perfil, parece apenas esboçar um sorriso, o que pode sugerir uma maior seriedade em relação à sua companheira.

. Função de classificação → tendência de as mulheres aparecerem em posições de apoio numa atividade cooperativa.

Ao voltarmos à imagem que mostra um casal correndo na praia (Figura 1), podemos observar um homem e uma mulher representados de uma maneira diferente dessa tendência. Ao invés de aparecer em uma posição de apoio, a mulher ocupa a dianteira, assumindo o comando da corrida. Além disso, podemos pensar, analisando tal imagem, no fato de o homem estar 'perseguindo' a mulher, no sentido de querê-la, ao correr atrás dela.

Considerações finais

Neste estudo, apontamos a existência de uma copromoção de doenças e medicamentos, ou seja, ao mesmo tempo em que é divulgada e promovida uma doença, tanto no meio médico-científico quanto no meio leigo, há a promoção de um tratamento farmacológico para resolver tal 'problema médico'.

Podemos notar que, cada vez mais, temas como felicidade, bem-estar e qualidade de vida estão atrelados a mensagens que visam 'vender' uma determinada doença e/ou tratamento para sua cura. Então, trata-se não apenas da 'mercantilização' de doenças, mas, também, da 'mercantilização' da própria saúde.

A 'mercantilização' da saúde pode ser compreendida a partir da perspectiva de se considerar a saúde como um projeto de vida³⁰, em que as pessoas seriam, então, cada vez mais cobradas, ou seja, elas devem estar sempre saudáveis e também tomar todas as precauções com a finalidade de evitar uma possível doença³¹. Aliada à ideia de saúde como projeto, estaria a concepção de que os meios para realizá-lo envolveriam o consumo de tecnologias de saúde, como os medicamentos, por exemplo.

Nas imagens analisadas, além da ideia de saúde e felicidade nelas expressadas (pessoas sorrindo, ao ar livre, fazendo exercícios físicos), podemos perceber, também, a questão da responsabilidade do

homem de procurar ajuda para alcançar não só a cura do problema de saúde, mas, ainda, de resgatar essa felicidade perdida.

Vale ressaltar que essa responsabilidade do homem pode ser estendida, de certa forma, à felicidade e ao bem-estar de sua companheira, ou seja, fica subentendido que, caso o homem seja negligente com sua saúde, não é só a sua felicidade e bem-estar que estarão comprometidos, os de sua parceira também. A presença de casais e mensagens textuais onde a própria palavra relacionamento é enfocada pode ser considerada exemplo desta ideia.

Notamos, então, que a mercantilização da saúde está relacionada à mercantilização de doenças, a partir do momento em que a ampliação de problemas e riscos de saúde estimula, cada vez mais, a busca por tratamentos ou meios preventivos por meio do consumo de tecnologias de saúde.

No caso específico do declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, há uma questão importante a ser ressaltada. Rohden³² discute o papel dos hormônios na atualidade, que, segundo ela, está diretamente ligado à definição de características e comportamentos individuais, sobretudo os referentes à esfera da diferenciação sexual e da sexualidade. Além disso, há uma crescente importância em relação aos hormônios no que diz respeito ao bem-estar e à qualidade de vida das pessoas.

A testosterona, por exemplo, é caracterizada como 'o hormônio do homem', tanto nos discursos médicos quanto nos leigos, apesar de já ser sabido que ela também é encontrada no corpo feminino. Apresentada como tratamento eficaz para a 'doença' (o 'problema' de saúde declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento), por meio da TRH (terapia de reposição hormonal), atrela-se a vários aspectos da masculinidade e das relações de gênero.

Notamos isso nas imagens analisadas, onde é promovida a ideia de que o homem deve ser forte, viril e potente sexualmente, deixando subentendido que existe o objetivo de 'satisfazer a companheira', fazê-la feliz e, assim, ser feliz também. A imagem vendida é a de que ser homem é ser heterossexual, e se esse homem não for capaz de satisfazer sua mulher, ele está doente e infeliz, fazendo sua companheira infeliz também, necessitando, assim, no caso do declínio hormonal masculino relacionado ao envelhecimento, do tratamento de reposição hormonal com testosterona para reverter tal situação.

Neste contexto, insere-se, ainda, a característica levantada por Loe³³ ao apontar determinadas drogas que acabaram se tornando '*lifestyle drugs*', ou seja, drogas com o papel de 'gerenciar' comportamentos, sendo, também, ferramentas de aprimoramento (*enhancement*). Acreditamos que a testosterona vem assumindo o papel de uma 'droga de estilo de vida', na medida em que é apresentada como um meio para se alcançar 'qualidade de vida' e desempenho 'melhores', não só na esfera sexual, a mais focada nos *websites* pesquisados, mas, também, em outras áreas, incluindo a profissional, a mental e a emocional.

Desta forma, os homens são 'bombardeados' com a exigência de uma necessidade de vigilância corporal constante, a fim de manterem seus corpos saudáveis (evitando doenças futuras) e funcionando da melhor maneira possível. Além disso, devem ser felizes, produtivos, jovens, com uma vida sexual ativa, e em boa forma física, sendo as tecnologias disponíveis apresentadas como ferramentas para alcançar tais objetivos.

As relações de consumo, o avanço tecnológico, a velocidade com que as informações são transmitidas constituem aspectos que devem ser levados em conta ao analisarmos o processo de medicalização no momento em que vivemos. Ideias e concepções sobre saúde atreladas ao consumo de tecnologias são construídas e alimentadas em um contexto de convivência entre fatores históricos e socioeconômicos.

Tal contexto é caracterizado pela negociação constante de interesses entre vários atores (indústria, profissionais de saúde, mídia, público leigo, entre outros). Estudos que levem em consideração essas questões são relevantes, pois podem contribuir para a análise referente ao modo pelo qual concepções sobre saúde vêm influenciando as práticas profissionais, bem como para propor caminhos que visem uma utilização mais racional das tecnologias disponíveis.

Colaboradores

Cristiane da Costa Thiago participou da discussão, redação e revisão do manuscrito. Jane Araujo Russo participou da discussão e revisão e Kenneth Rochel Camargo Júnior da discussão do texto.

Referências

1. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: John Hopkins Press; 2007.
2. Bonaccorsi AC. Andropausa: insuficiência androgênica parcial do homem idoso: uma revisão. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2001; 45(2):123-33.
3. Vargas EP. Saúde, razão prática e dimensão simbólica dos usos da internet: notas etnográficas sobre os sentidos da reprodução. *Saúde Soc.* 2010; 19(1):135-46.
4. Rohden F. "O homem é mesmo a sua testosterona": promoção da andropausa e representações sobre sexualidade e envelhecimento no cenário brasileiro. *Horiz Antropol.* 2011; 17(35):161-96.
5. Morales A, Schulman CC, Tostain J, Wu FCW. Testosterone deficiency syndrome (TDS) needs to be named appropriately – the importance of accurate terminology. *Eur Urol.* 2006; 50(3):407-9.
6. Marshall B. Climateric redux?: (re)medicalizing the male menopause. *Men Masc.* 2007; 9(4):509-29.
7. Marshall B. Science, medicine and virility surveillance: "sexy seniors" in the pharmaceutical imagination. *Sociol Health Illn.* 2010; 32(2):211-24.
8. Fernández AB, Acosta LE. Documento básico de consenso sobre el síndrome de hipogonadismo de inicio tardío. *Endocrinol Nutr.* 2008; 55(1):5-28.
9. Watkins ES. Medicine, masculinity, and the disappearance of male menopause in the 1950s. *Soc Hist Med.* 2008; 21(2):329-44.
10. Marshall B, Katz S. Forever functional: sexual fitness and the ageing male body. *Body Soc.* 2002; 8(43):43-70.
11. Molle ACM. Fatores psicofisiológicos na terapia de reposição hormonal em homens. *Cienc Cogn.* 2004; 3(1):4-9.
12. Hepworth M, Featherstone M. The male menopause: lay accounts and the cultural reconstruction of midlife. In: Nettleton S, Watson J, editors. *The body in everyday life.* London: Routledge; 1999. p. 275-300.
13. Morley JE, Perry HM. Androgen deficiency in aging men. *Med Clin North Am.* 1999; 83(5):1279-89.
14. Faro L, Chazan LK, Rohden F, Russo J. Homem com h: a saúde do homem nos discursos de marketing da indústria farmacêutica. In: *Anais do 9º Congresso Fazendo Gênero: diásporas, diversidades, deslocamentos;* 2010; Florianópolis, Brasil. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2010. p. 1-5.
15. Giami A. Da impotência à disfunção erétil: destinos da medicalização da sexualidade. *Physis.* 2009; 19(3):637-58.
16. Angell M. A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos. 5a ed. Rio de Janeiro: Record; 2010.
17. Angell M. A epidemia da doença mental [Internet]. *Rev Piauí.* 2011 [acesso 2011 Nov 15]; (59):1-14. Disponível em: <http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-59>.

18. Healy D. The new medical oikumene. In: Petryna A, Lakoff A, Kleinman A, editors. *Global pharmaceuticals: ethics, markets, practices*. Durham: Duke University Press; 2006. p. 61-84.
19. Fishman JR. Manufacturing desire: the commodification of female sexual dysfunction. *Soc Stud Sci*. 2004; 34(2):187-218.
20. Oldani M. Tales from the "script": an insider/outsider view of pharmaceutical sales practices. *Pap Kroeber Anthropol Soc*. 2002; 92(87):147-76.
21. Oldani M. Thick prescriptions: towards an interpretation of pharmaceutical sales. *Med Anthropol Q*. 2004; 18(3):325-56.
22. Applbaum K. Pharmaceutical marketing and the invention of the medical consumer. *Plos Med*. 2006; 3(4):445-7.
23. Mintzes B. Disease mongering in drug promotion: do governments have a regulatory role? *Plos Med*. 2006; 3(4):461-5.
24. Barros JAC. *Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?* Brasília: Unesco; 2004.
25. Russo JA, Rodhen F, Torres I, Faro L, Nucci MF, Giami A. *Sexualidade, ciência e profissão no Brasil*. Rio de Janeiro: CEPESC; 2011.
26. França IL. *Cercas e pontes: o movimento GLBT e o mercado GLS na cidade de São Paulo [dissertação]*. São Paulo (SP): Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo; 2006.
27. Oliven GO, Pinheiro-Machado R. Apresentação. *Horiz Antropol*. 2007; 13(28):7-13.
28. Penn G. Análise semiótica de imagens paradas. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2003. p. 319-42.
29. Goffman E. *Gender advertisements*. Cambridge: Harvard U.P.; 1979.
30. Rosenfeld D, Faircloth CA. Introduction medicalized masculinities: the missing link? In: Rosenfeld D, Faircloth CA, editors. *Medicalized masculinities*. Philadelphia: Temple University Press; 2006. p. 1-20.
31. Clarke AE, Mano L, Fishman JR, Shim JK, Fosket JR. Biomedicalization: technoscientific transformations of health, illness and U.S. biomedicine. *Am Sociol Rev*. 2003; 68(2):161-94.
32. Rohden F. O império dos hormônios e a construção da diferença entre os sexos. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2008; 15 Supl:133-52.
33. Loe M. Fixing broken masculinity: viagra as a technology for the production of gender and sexuality. *Sex Cult*. 2001; 5(3):97-125.

Thiago CC, Russo JA, Camargo Júnior KR. Hormonas, sexualidad y envejecimiento masculino: un estudio de imágenes en páginas *web*. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(56):37-50.

El enfoque de este trabajo es la construcción de la declinación hormonal masculina relacionada al envejecimiento como parte de un proceso más general de medicalización de la sexualidad y el envejecimiento masculinos. Con la finalidad de alcanzar ese objetivo, se investigaron 14 páginas web de laboratorios farmacéuticos que comercializan drogas para la salud sexual masculina y siete páginas web de asociaciones médico-científicas enfocadas en la salud sexual masculina. Utilizamos las imágenes encontradas en esas páginas como material de análisis. A partir de lo analizado, discutimos la existencia de una alianza entre las asociaciones médico-científicas y la industria farmacéutica que tiende a presentar el envejecimiento masculino como un problema médico, promoviendo la terapia de reposición hormonal (TRH) con testosterona como tratamiento. Tal terapia también se presenta como un medio para recuperar la felicidad, la productividad, la 'calidad de vida' y el bienestar.

Palabras clave: Medicalización. Disfunción sexual fisiológica. Salud sexual. Salud del hombre. Hormonas.

Recebido em 06/04/15. Aprovado em 07/07/15.

Análise do discurso argumentativo na coordenação de um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

Juliano de Carvalho Lima^(a)
Francisco Javier Uribe Rivera^(b)
Elizabeth Artmann^(c)

Lima JC, Rivera FJU, Artmann E. Analysis of argumentative discourse in coordinating a mobile emergency care service. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):51-63.

This paper analyzes the use of argumentative discourse in coordinating a regional mobile emergency care service, from a theoretical framework based on the theory of communicative action and on new rhetoric. Empirical data were obtained from interviews and direct observation of the administrative coordinators of the service, which was located in the Metropolitan Region II of Rio de Janeiro, Brazil. The results showed that construction of a regional identity based on solidarity made it possible to coordinate actions in a complex organizational context. Certain argumentative schemes had a fundamental role in this, such as arguments of reciprocity, arguments appealing to mathematical relationships and definitions and pragmatic arguments. The analysis on the arguments presupposes rationality that focuses on procedures of reasoning and justification of deliberative acts. This is useful for exploring decision-making and healthcare coordination processes.

Keywords: Coordination. Communication. Integration of Health Services. Conversation Analysis. Argumentation Theory.

O artigo analisa o uso do discurso argumentativo na coordenação de um serviço regional de atendimento móvel de urgências, a partir de um quadro teórico baseado na Teoria da Ação Comunicativa e na Nova Retórica. O material empírico provém de entrevistas e observação direta junto ao colegiado gestor do serviço, localizado na Região Metropolitana II do Rio de Janeiro, Brasil. Os resultados mostram que a construção de uma identidade regional baseada na solidariedade tornou possível a coordenação de ações em um contexto organizacional complexo. Tiveram papel primordial certos esquemas argumentativos, como os argumentos de reciprocidade, os que apelam para relações matemáticas e para definições, e os argumentos pragmáticos. A análise das argumentações pressupõe uma racionalidade que enfoca os procedimentos do raciocínio e da fundamentação dos atos deliberativos, sendo útil para explorar processos de tomada de decisão e de coordenação em saúde.

Palavras-chave: Coordenação. Comunicação. Integração de Serviços de Saúde. Análise de Conversação. Teoria da Argumentação.

^(a) Diretoria de Recursos Humanos, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Brasil, 4365, Mangueiras Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21040-900. juliano@fiocruz.br
^(b,c) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. uribe@ensp.fiocruz.br; artmann@ensp.fiocruz.br

Introdução

Estudos recentes^{1,2} apontam que a prática da coordenação de serviços de saúde está intimamente vinculada à argumentação, atividade que implica a inevitável inter-relação entre sujeitos que necessitam equacionar suas opiniões com vistas a uma decisão racional. Vislumbra-se, assim, uma nova linha de estudo, voltada para aprofundar a análise do papel da argumentação na coordenação e colaborar na fundamentação de uma abordagem comunicativa da gestão em saúde.

Essa abordagem foi descortinada por Rivera³, que, preocupado em introduzir maior rigor lógico-discursivo ao processo de planejamento estratégico⁴, analisa o processo de produção de um plano situacional com base em referências da filosofia da linguagem e na teoria da argumentação. O autor conclui que o plano situacional é uma aposta argumentativa, e que a teoria da argumentação permite introduzir maior rigor na análise da validade dos argumentos causais e no desenho de propostas de intervenção do plano.

A partir do entendimento de que o eixo estruturante da coordenação de ações em saúde é uma dinâmica rede de conversações, este trabalho busca contribuir para a compreensão do papel do discurso e da argumentação neste processo. Vale-se, para tanto, da base teórico-conceitual advinda da Teoria da Ação Comunicativa (TAC), de Jürgen Habermas, e da Nova Retórica, de Chaïm Perelman.

As análises estão baseadas em dados empíricos provenientes de estudo realizado junto ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro (SAMU Metro II/RJ). Busca-se evidenciar como a interação entre sujeitos permite implementar processos de coordenação de ações mais eficazes e que contornam fragilidades estruturais dos serviços de saúde. Em especial, busca-se identificar que características básicas do processo argumentativo favorecem esta construção.

Discurso e argumentação: substratos para a compreensão da coordenação de ações em saúde

Segundo a TAC, os mecanismos de coordenação de ação utilizados distinguem dois tipos de interação, segundo o uso que é feito da linguagem. Quando utilizada apenas como meio de transmissão de informação para atingir um fim, fala-se em ação estratégica. Trata-se de um modelo de ação utilitarista, que supõe que o ator escolhe e calcula os meios e fins sob aspectos de maximização de benefícios ou expectativas conexas. Já quando a linguagem atua como fonte de integração social, fala-se em ação comunicativa. Neste caso, “a força consensual dos processos lingüísticos de se obter entendimento, ou seja, as energias vinculativas da própria linguagem – torna-se eficaz para a coordenação de ações”⁵ (p. 110). A racionalidade comunicativa amplia as possibilidades de se coordenarem as ações sem recorrer à coerção e de se resolverem, consensualmente, os conflitos.

Ao entender-se com alguém sobre algo no mundo, o falante levanta pretensões de validade que devem ser compreendidas e aceitas pelo outro⁶. O critério da racionalidade que permite, aos participantes de uma situação de comunicação, questionarem a tradição cultural, o sistema social ou uma forma de personalidade é o da racionalidade comunicativa. Esta estende-se para além do aspecto cognitivo-instrumental, julgado à luz da pretensão de verdade, e engloba, também, os aspectos prático-morais e prático-estéticos, sujeitos às pretensões de validade de correção normativa e de autenticidade das expressões subjetivas, respectivamente.

No agir comunicativo, comunicação pura e discurso articulam-se dialeticamente. Na primeira, a condição de um consenso antecipado é o pertencimento a um mundo da vida homogêneo. Já o discurso, corresponde ao processo de avaliação crítica de reivindicações de validade apresentadas por atores sociais que visam ao entendimento mútuo e que voltam ao arsenal do mundo da vida por meio do consenso alcançado⁷. O discurso é uma forma de comunicação que procede por intermédio de argumentos.

Argumentação é o “tipo de habla en que los participantes tematizan las pretensiones de validez que se han vuelto dudosas y tratan de desempeñarlas o de recusarlas por medio de argumentos”⁸ (p. 37). Pode-se compreender os argumentos, no âmbito da TAC, como os meios pelos quais o

reconhecimento intersubjetivo de uma pretensão de validade, erguida hipoteticamente por um proponente, pode ser produzido e, portanto, a opinião transformada em conhecimento⁹.

A Nova Retórica¹⁰ traz contribuições ao introduzir elementos que favorecem a construção de um modelo de análise dos esquemas argumentativos. Isto porque, enquanto a Teoria do Discurso de Habermas parte de uma Teoria Consensual da Verdade e se ocupa da competência comunicativa dos atores sociais, a Nova Retórica se ocupa da especificidade da razão prática aplicada aos vários campos em que os raciocínios práticos se desenvolvem com grande mobilidade. Enquanto Habermas privilegia a argumentação como um procedimento de interação social simétrico, onde a cooperação intersubjetiva linguisticamente mediada é o objetivo, Perelman e Olbrechts-Tyteca privilegiam a argumentação como recurso discursivo para se obter a adesão do interlocutor.

A complementaridade dessas duas abordagens permite melhor iluminar a questão de como a argumentação atua nos processos de coordenação de ações de saúde, gerando maior capacidade de cooperação entre os atores.

Assim como Habermas, Perelman e Olbrechts-Tyteca defendem o poder de deliberar e de argumentar como um sinal distintivo do ser racional, contrariando a perspectiva cartesiana, que fez da demonstração e da lógica formal as marcas da razão. Em todos os campos do conhecimento onde há controvérsia – a filosofia, a moral, o direito –, recorre-se à argumentação para se chegar a um acordo sobre os valores e sua aplicação. Assim, a Nova Retórica preocupa-se com a estrutura da argumentação e os recursos discursivos voltados para a conquista da adesão e seu papel na compreensão dos mecanismos do pensamento. Trata-se do campo do razoável, em oposição àquele do racional¹¹.

Nesse caso, argumentar é influenciar por meio do discurso; seu objetivo é provocar a adesão dos espíritos às teses que se apresentam a seu assentimento.

Os principais conceitos para se compreender a teoria de Perelman e Olbrechts-Tyteca¹⁰ são: auditório, acordo e técnicas argumentativas.

Discurso, auditório e orador são elementos em profunda e constante ligação. É ao auditório, no entanto, que cabe o papel principal para determinar a qualidade da argumentação e o comportamento dos oradores. O orador sempre fundamentará seu discurso sobre determinados acordos prévios do auditório. Quanto melhor se conhece o auditório, maior é o número de acordos prévios que se tem à disposição e, portanto, melhor fundamentada será a argumentação. A adaptação do discurso ao auditório é, pois, regra fundamental da argumentação.

É a natureza do auditório que determina, em ampla medida, tanto o aspecto que assumirão as argumentações quanto o alcance que lhes será atribuído. Perelman distingue três tipos de auditório: universal, particular, e individual. Esta noção aponta para uma orientação universalista dos discursos argumentativos, que corresponde ao ato de convencer racionalmente. A outra alternativa que se abre a um orador é a adaptação do discurso a um auditório particular, o que aponta para a persuasão como outra dimensão da argumentação¹⁰.

O conceito de argumentação apresentado acima tem um caráter instrumental, no sentido da tentativa de exercer uma influência sobre o interlocutor para se obter sua adesão a um ponto de vista. Representa a dimensão da persuasão.

Esta noção de Perelman pode representar uma tensão com o conceito de fala ideal de Habermas, que é a base procedimental linguística da possibilidade do universalismo. Esta tensão corresponde à distinção convencer/persuadir, onde o convencimento é fruto da análise exaustiva do mérito argumental por meio de processos comunicativos marcados por regras rigorosas (o que é típico da dialética); e o persuadir, é conquistar a adesão do auditório (típico da retórica), para além do mérito argumental, podendo ser usadas técnicas discursivas que podem (ou não) ter um caráter manipulatório.

No entanto, vale frisar que a noção de auditório universal de Perelman é invocada pelo próprio Habermas para fundamentar o conceito de situação de fala ideal¹². Além disso, Perelman aceita que, em boa medida, convencer é superior a persuadir, pois implica uma adesão racional, o que o aproxima de Habermas. De fato, o autor trabalha com a possibilidade dos dois auditórios, o universal e o particular.

Aqui se aplica o conceito de manobra estratégica de Van Eemeren¹³, que enfatiza a necessidade de se conciliar a retórica (persuasão) com a dialética (convencimento), sob o primado desta última, entendendo a dialética como um agir comunicativo de caráter normativo e universal.

Retornando a Perelman, o ponto de partida da argumentação tem de ser um acordo sobre um certo número de coisas no contexto de um auditório. Sem premissas acordadas, explícita ou implicitamente, não há argumentação possível, nem sequer comunicação; e todo o movimento da argumentação consiste em transpor a adesão inicial que o auditório tem relativamente a uma opinião que lhe é comum para uma outra da qual o orador quer convencer¹⁰.

A noção de acordo torna-se tão mais necessária nos casos em que “faltam ou são insuficientes os meios de prova e, sobretudo, quando o objeto do debate não é a verdade de uma proposição, mas sim o valor de uma decisão, de uma opção ou de uma ação, consideradas como justas, equitativas, razoáveis, honrosas ou conforme o direito”¹⁴ (p. 137).

Nesta linha, os objetos de acordos são agrupados em duas categorias¹⁰: aquelas relativas ao real, que comportam os fatos, as verdades e as presunções; e as relativas ao preferível, que contemplam os valores, as hierarquias e os lugares do preferível.

As técnicas argumentativas se apresentam sob dois aspectos diferentes. O aspecto positivo estabelece solidariedade entre teses que se procuram promover e as teses já admitidas pelo auditório: trata-se de **argumentos de ligação**. O aspecto negativo visará romper a solidariedade constatada ou presumida entre as teses admitidas e as que se opõem às teses do orador: trata-se da ruptura das ligações e dos **argumentos de dissociação**.

Os argumentos de ligação são agrupados em três tipos: **argumentos quase-lógicos**, **argumentos baseados na estrutura do real**, e **argumentos que fundam a estrutura do real**.

A **argumentação quase-lógica** baliza sua força na aproximação com os raciocínios formais, lógicos ou matemáticos, mas sem possuir valor de prova, já que, na argumentação, há sempre ambiguidade e a possibilidade de múltiplas interpretações.

O orador prevalece-se do prestígio do pensamento lógico ou o utiliza como uma trama subjacente. Evoca o prestígio do raciocínio rigoroso. Tanto que a acusação de contradição ou de falta de lógica de um discurso é das mais significativas em um debate, assim como a acusação de se fazer um discurso passional e não lógico. “Trazer a lume a incoerência de um conjunto de proposições é expô-lo a uma condenação inapelável, é obrigar quem não quer ser qualificado de absurdo a renunciar pelo menos a certos elementos do sistema”¹⁰ (p. 221).

Entre os argumentos quase-lógicos, distinguem-se dois grupos: aqueles **que apelam para estruturas lógicas** – contradição, identidade total ou parcial, e transitividade; e aqueles **que apelam para relações matemáticas** – relação da parte com o todo, do menor com o maior, relação de frequência.

O segundo grupo de argumentos de ligação é aquele dos **argumentos baseados na estrutura do real**. Estes valem-se da estrutura do real para estabelecer uma solidariedade, uma ligação, entre juízos admitidos e aqueles que se procuram promover. Entre estes argumentos, estão: aqueles que se aplicam a **ligações de sucessão**, que unem um fenômeno às suas consequências ou a suas causas; os que se aplicam a **ligações de coexistência**, que unem uma pessoa a seus atos, um grupo aos indivíduos que dele fazem parte ou uma essência às suas manifestações; os **argumentos de hierarquia dupla**, que correlacionam os termos de uma hierarquia discutida e os de uma hierarquia aceita, e, por fim, os **argumentos relativos às diferenças de graus ou de ordem**.

O terceiro grupo de argumentos de ligação é aquele dos **argumentos que fundamentam a estrutura do real**. São de caráter empírico e podem desempenhar papéis variados de ação, como generalizações, regularidades e imitações. Seu mecanismo básico é a criação de nexos entre pessoas e acontecimentos. Dividem-se em: **argumentos pelo caso particular**, onde se encontram as técnicas do **exemplo**, da **ilustração**, do **modelo** e do **antimodelo**; e **argumentos por analogia**, onde se encontram a própria **analogia** e a **metáfora**.

Já o grupo dos **argumentos de dissociação** opera no sentido inverso ao conjunto apresentado até aqui. Ou seja, opõe-se ao estabelecimento de solidariedade entre elementos que, de início, poderiam ser considerados independentes. Neste grupo, a essência da argumentação é mostrar que uma ligação

que fora considerada aceita, presumida ou desejada, não existe. Neste grupo, aparecem três técnicas de dissociação: o **par aparência/realidade**, os **pares filosóficos** e as **definições dissociadoras**.

Metodologia

O estudo foi realizado em 2010, no SAMU da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro. A região é composta pelos municípios de: Maricá, Niterói, Itaboraí, Rio Bonito, São Gonçalo, Silva Jardim e Tanguá. Conta com uma população de 1.974.910 habitantes.

O SAMU Metro II/RJ conta com: 15 ambulâncias básicas, sete ambulâncias avançadas, três motolâncias e dois carros 4x4. A Central de Regulação possui médicos reguladores e técnicos de regulação, que atendem a chamadas telefônicas da população, avaliam a situação e decidem pelo deslocamento ou não dos socorristas.

A gestão do serviço é feita por um colegiado gestor, onde têm assento os coordenadores municipais de atenção às urgências e a Coordenação Regional, naquele momento localizada em Niterói.

A coleta de dados foi realizada junto a este colegiado e consistiu na observação direta e na gravação das suas reuniões ordinárias. Ao todo, foram 12 reuniões acompanhadas, gravadas, transcritas e submetidas à Análise de Conversação¹⁵ entre os meses de janeiro a novembro de 2010. O material coletado nestas reuniões compõe um conjunto com mais de 36 horas de gravação. As reuniões se davam regularmente a cada um mês, com possibilidade de sessões extraordinárias. A dinâmica das reuniões implicava uma pauta prévia, elaborada e encaminhada pela Coordenação Regional, que era responsável, também, pela condução das reuniões. Introduzidos os temas, os atores discutiam e apresentavam seus pontos de vista até chegarem a um encaminhamento por consenso. Jamais foi presenciada qualquer votação.

A escolha do local de estudos se deveu ao fato de tratar-se de um serviço de caráter regional e de atenção a urgências, onde há necessidade de elevado grau de coordenação e intensa interação verbal entre os gestores, sobretudo porque os recursos eram partilhados entre municípios com condições muito distintas entre si, o que aumentava sua complexidade. O SAMU Metro II era considerado, à época, uma referência nacional, tendo sido classificado entre as dez experiências inovadoras durante a 1ª Mostra Nacional de Experiências Inovadoras de Gestão do SUS. A inserção no campo foi facilitada pelo fato de um dos autores ter participado da elaboração do projeto para a região.

Os dados foram registrados em um diário de campo e buscavam apreender sobretudo: a) a rede de conversações, identificando os atores envolvidos nos fluxos de conversação; b) os tipos de conversação predominantes nas relações com distintos atores; c) os principais problemas tratados no âmbito do colegiado de gestão; d) os principais atos de fala identificados; e) os principais esquemas argumentativos.

Para analisar as interações, utilizou-se, como principal ferramenta, a Análise de Conversação (AC), método que estuda a ordem e a organização da ação social cotidiana por meio da análise das conversações, e observa como os participantes organizam a interação de momento a momento. Está centrada na análise da linguagem na prática, ou seja, lida com o discurso oral no contexto em que ocorre, no lugar onde está a ação. Por meio da AC, busca-se captar o que dizem, contam ou fazem as pessoas, e tudo o mais que é produzido pelos participantes em conversação¹⁵. Os argumentos foram analisados tomando por referência a tipologia de Perelman e Olbrechts-Tyteca¹⁰.

Resultados

Para a apresentação dos resultados, foram selecionados extratos de diálogos julgados mais relevantes para representar os principais esquemas argumentativos identificados nas interações entre os atores, uma vez que não é possível apresentar, em detalhes, todos os diálogos. As conversações foram editadas para facilitar a compreensão do contexto e reduzir sua extensão. Os nomes dos participantes foram alterados.

As seguintes convenções foram utilizadas nas notações dos trechos transcritos:

- Falas simultâneas ou sobreposição de vozes: [
- Pausas curtas: (+)

- Pausas médias: (+ +)
- Pausas longas: (+ + +) ou mais
- Truncamentos bruscos (interrupções): /
- Ênfase ou acento forte: MAIÚSCULA
- Alongamento de vogal: ::
- Repetições: Neste caso, reduplica-se a letra ou sílaba.

A regra de justiça e os argumentos de reciprocidade

A regra de justiça enseja uma identificação parcial de elementos cotejados entre si que permite tratá-los como intercambiáveis sob determinado aspecto, o que a torna uma das técnicas da argumentação quase-lógica. Isto implica a identificação parcial dos elementos, mediante sua inserção numa categoria, e a aplicação do tratamento previsto para os membros dessa categoria. A regra de justiça está entre os valores considerados universalizáveis por Habermas; e tem um apelo de consenso verdadeiro porque remete ao mundo da vida, especialmente, de atores cuja ação se volta ao interesse público.

Transcrição: Financiamento da Central de Regulação

Coordenador Regional: *quando a gente tentou todos os municípios ver como é que a gente poderia cofinanciar a central de regulação, o nosso discurso sempre foi não adianta ser pura e simplesmente base populacional, porque tem municípios que não conseguirão sustentar a central de regulação. Pra que sejamos justos, porque se temos um município pequeno como Tanguá e Silva Jardim, que tem uma população pequena, ele absorve muito pouco, ele traz pra Itaboraí, ele traz pra São Gonçalo, então o nosso discurso tem sido sempre o da SOLIDARIEDADE.*

No Colegiado de Gestão do SAMU, os argumentos desta natureza cumpriram função primordial para a manutenção da coesão do grupo em torno do caráter regional do serviço, de modo a superar as disputas municipais no interior do sistema. O trecho acima mostra o valor argumentativo da justiça. Seu apelo à racionalidade é inegável, pois classifica dois elementos, no caso, dois municípios, e aplica a eles tratamento equivalente, que deveria ser distinto dos demais, pertencentes a outra categoria. Além disso, quando busca-se demonstrar a coerência de uma conduta, normalmente, faz-se alusão ao respeito à regra de justiça. E esta é claramente a pretensão do orador ao utilizar expressões do tipo “o nosso discurso sempre foi...”, “o nosso discurso tem sido sempre...”.

Os argumentos de reciprocidade trazem consigo a noção de simetria, onde a identificação de situações, necessária à aplicação da regra de justiça, se dá de maneira indireta. Fundamenta-se, portanto, numa simetria de situações. Estes argumentos desempenharam papel-chave nas interações entre os coordenadores do SAMU regional, não havendo exagero em se afirmar que, para a coordenação das ações e a manutenção do caráter regional do serviço, os argumentos de reciprocidade representaram a essência das interações verbais.

Transcrição: Compartilhamento de profissionais entre os municípios

Coordenador Municipal 2: *Olha só Abel, eu precisei de um funcionário em Itaboraí e não me liberaram o funcionário; eu já cansei de liberar funcionário meu pra São Gonçalo.*

Coordenador Municipal 1: *Você ligou pra mim?*

Coordenador Municipal 2: *Não, eu não liguei pra você, eu falei com Adriano*

Coordenador Regional: *Não, os dois enfermeiros se falaram e um negou pro outro.*

Coordenador Municipal 2: *No dia que a tua ambulância tava emperrada lá, não tinha um equipamento funcionando, todos os meus equipamentos foram pra São Gonçalo, TODOS.*

Coordenador Municipal 1: *A atitude dele não foi compartilhada comigo, eu vou até conversar especificamente sobre esse aspecto.*

Transcrição: Recusa de médicos em se deslocar para outros municípios para realizar atendimento
Coordenador Regional: ... é importante mostrar quando os nossos funcionários se recusam a ir atender São Gonçalo mostrar o quanto São Gonçalo também atende a região, então a lógica REGIONAL quando os recursos estão disponíveis a gente consegue implementar no âmbito da nossa responsabilidade no nosso nível de hierarquia a gente tá conseguindo mostrar que regionalmente a gente funciona.

Os dois trechos acima mostram a força destes argumentos, que enfatizam um determinado aspecto que parece impor-se em razão da própria simetria posta em evidência. O que quer revelar o Coordenador Municipal 1, ao interpelar o Coordenador 2 pela não-liberação de um funcionário, é que, em situação similar anterior, no caso, a necessidade de equipamentos, adotou conduta distinta, de auxílio, a mesma esperada no caso da dificuldade de profissionais. Ou seja, levanta uma simetria de situações anteriores para questionar a conduta do outro município de não liberar o profissional requerido.

Do mesmo modo, o Coordenador Regional se esforça em dar, aos coordenadores municipais, argumentos que possam utilizar junto às suas equipes, que apresentam resistência para se deslocarem para atender situações de emergência em outro município que não o de sua base de lotação. Tais argumentos baseiam-se, novamente, na exigência de mesmo tratamento a uma situação simétrica. A tradução seria: se as equipes baseadas em São Gonçalo atendem aos demais municípios da região, então, os demais municípios devem também atender a São Gonçalo em caso de necessidade.

Argumentos que apelam para relações matemáticas

A argumentação quase-lógica tem como uma de suas características o apelo às relações matemáticas, em especial, às relações de frequência, como pesos, medidas e probabilidades. Nesta técnica argumentativa, predominam os lugares da quantidade¹⁰.

Transcrição: Utilização da viatura reserva

Coordenador Municipal 1: *Eu vou reiterar mais uma vez o meu o meu desapontamento com a questão da viatura reserva.*

Coordenador Regional: *Eu queria colocar pra você várias questões (+) eu critico a relação de Niterói com relação aos outros municípios, de uma certa arrogância, de uma certa prepotência, mas no SAMU eu não vou aceitar esse tipo de crítica porque a solidariedade de Niterói com a Metropolitana dois ela está manifesta em números, ela está explícita em números (+) porque quando*

Coordenador Municipal 1: *nós temos / Eu concordo, eu concordo que a central de regulação /*

Coordenador Regional: *Só um pouquinho (++) a solidariedade não é discurso (+) isso está expresso em estatísticas né, a central de regulação funciona com médicos atendendo municípios da região /*

Coordenador Municipal 1: *Esta não é a questão /*

Coordenador Regional: *Deixa eu terminar, olha quantas ocorrências por mês tem em São Gonçalo historicamente (+) mas é da ordem de uma série histórica de algo em torno de vinte a trinta por cento das demandas de São Gonçalo que Niterói dá conta (+) e nunca ninguém apresentou essa conta a ninguém.*

A argumentação do Coordenador Regional, que se contrapõe à reclamação apresentada pelo Coordenador 1, busca sustentar a solidariedade do município de Niterói resgatando os números que estão projetados no quadro da sala. São eles, segundo o Coordenador Regional, que atestam a solidariedade, fazendo valer, assim, o “prestígio” dos números em contraposição ao discurso.

Os argumentos que apelam para relações matemáticas, especialmente os de comparação, e os que apelam para relações de frequência, foram largamente utilizados no âmbito do Comitê Gestor do SAMU, especialmente pela Coordenação Regional, valendo-se de informações quantitativas

disponíveis exclusivamente neste âmbito. Com base nas observações realizadas, é possível afirmar que a disponibilidade de informações quantitativas representou um importante diferencial no esquema argumentativo do Coordenador Regional, que, frequentemente, apelava aos números para fazer valer seus pontos de vista.

O papel das definições na argumentação

A identificação dos elementos que são objeto do discurso constitui uma das técnicas mais importantes da argumentação quase-lógica, sendo o uso das definições um dos procedimentos de identificação mais característicos. O caráter argumentativo das definições pode se apresentar sob dois aspectos: as definições podem ser justificadas e valorizadas com a ajuda de argumentos; ou elas próprias são argumentos. "Mas todos aqueles que argumentam em favor de uma definição quererão que esta influa, de um modo ou de outro, sobre o uso da noção que, sem a intervenção deles, estaríamos inclinados a adotar..."¹⁰ (p. 241-2).

Transcrição: Utilização da viatura reserva

Coordenador Municipal 1: Agora, o que nós temos que colocar aqui é o seguinte, (+) é: é o SAMU é regional?

Coordenador Municipal 2: [É

Coordenador Municipal 5: [É

Coordenador Regional: Depende de você.

Coordenador Municipal 1: Ele deve ser regional?

Coordenador Regional: Deve ser.

Coordenador Municipal 1: Então qual é a questão?

Coordenador Municipal 2: A questão é que as coisas tão acontecendo lá (+) faltou médico, não tinha médico, depois apareceu médico (++) esses dias não tinha equipamento na viatura, aí eu tive que emprestar equipamento de outra viatura entendeu?

Coordenador Municipal 1: Sim.

Coordenador Municipal 2: Então não é questão de fazer falta.

Coordenador Municipal 1: PERÁÍ VAMO VOLTAR ENTÃO, É REGIONAL OU NÃO É REGIONAL? porque se não é regional você não tem que emprestar' (+) você não é obrigado a emprestar.

Coordenador Municipal 2: [Claro que é regional rapaz, já não é assim que funciona?

Na transcrição da discussão acima, percebe-se o recurso do Coordenador Municipal 1 à definição do SAMU da Região Metropolitana II, se regional ou não. O apelo à definição do SAMU como regional serve como base para contestar a reclamação feita pelo Coordenador Municipal 2, pelo fato de ter de, a todo momento, dar suporte ao município de São Gonçalo mediante o empréstimo de profissionais e equipamentos. Segundo a contraposição do Coordenador 1, se o SAMU não é regional, procede a reclamação; caso seja regional, não procede. Para fazer valer sua posição, insiste, junto aos participantes da discussão, que seja confirmada a definição do SAMU enquanto um serviço regional.

Os trechos abaixo trazem outros exemplos de uso das definições na argumentação.

Transcrição: Utilização da viatura reserva

Coordenador Regional: O secretário disse ó, vocês estão emprestando, eu quero ver na hora que acontecer um problema (+) eu disse não é empréstimo secretário, é é PACTUAÇÃO, é USO COMPARTILHADO, é isso que determina o Ministério da Saúde.

Transcrição: Problemas entre regulação e equipes de intervenção

Coordenador Municipal 1: A minha microrregião é Silva Jardim (++) os médicos intervencionistas reclamam muito por exemplo quando tem que ir pra Itaboraí.

Coordenador Regional: *Mas aí não é no alimentar essa rivalidade/*

[*isso é re-gu-la-ção, primeiro a gente, REAFIRMAR*

Coordenador Municipal 1: [*eu sei*

Coordenador Regional: *...esses conceitos, o conceito de regionalização o tempo todo, o SAMU é re-gio-na!*

Transcrição: Relação entre regulação e intervenção

Coordenador Municipal 1: *... eu acho que deu uma melhorada boa na relação dos intervencionistas com o regulador.*

Coordenador Regional: *É (+) isso aí que a gente tá falando (+) o coordenador do SAMU no município ele não é um coordenador de viaturas, ele não é um coordenador de frota, ele não é u:::m supervisor de escala, ele é o representante do SAMU e também do secretário no município, então ele tem ser O DEFENSOR do SAMU e aí:: o articulador.*

Coordenador Municipal 1: [*É, o ARTICULADOR*

Coordenador Regional: [*O GRANDE articulador*

Na primeira transcrição acima, o Coordenador Regional relata sua discussão com o secretário de saúde, quando este o repreende pelo uso da viatura reserva pelos demais municípios da região. A redefinição de “empréstimo” por “uso compartilhado” reconfigura o caráter da relação estabelecida entre os municípios e elimina a perspectiva hierárquica presente no discurso do secretário. No segundo trecho, novamente o reforço do conceito de regionalização como argumento para uma atuação intermunicipal dos profissionais do SAMU. E, por fim, uma argumentação que se inicia pela negação de definições do que seria um coordenador, para, enfim, se contrapor com outra, que sustentaria um certo modo de atuar destes atores em cada município.

O argumento pragmático

O argumento pragmático é um argumento baseado na estrutura do real. É aquele que permite apreciar um ato ou acontecimento conforme suas consequências favoráveis ou desfavoráveis. Este tipo de argumento permite concluir pela superioridade de uma conduta a partir da utilidade de suas consequências.

Transcrição: Utilização da frota reserva

Coordenador *a nossa preocupação é garantir o acesso, a nossa preocupação é é desonerar o estresse que o regulador tem (+) / aí que eu peço solidariedade aos coordenadores, porque é um tal de venha a nós e ao vosso reino nada, que todo mundo quer resolver o SEU problema no SEU município, e quando os municípios aportam à central de regulação e por consequência à coordenação, eu vejo muito pouca solidariedade'*

Coordenador Municipal 4: *Eu acho que o nosso objetivo é o mesmo, eu acho que a gente quer a mesma coisa (+) a gente quer que o SAMU funcione melhor.*

O argumento pragmático tem importância direta para a ação, pois não requer nenhuma justificação, pressupondo um acordo prévio sobre o valor das consequências. No exemplo trazido pelo trecho acima, observa-se que é a garantia do acesso aos usuários do SAMU, o seu bom funcionamento, que justifica a necessária solidariedade entre os coordenadores municipais, o que nem sempre ocorre, na visão da Coordenação Regional. Portanto, ação solidária é apreciada positivamente, tendo em vista as consequências decorrentes, o acesso dos usuários e o bom funcionamento do SAMU.

O vínculo causal na argumentação

A argumentação pelo vínculo causal tem efeitos numerosos e variados. Destacam-se três tipos: a) a que relaciona dois eventos sucessivos por meio de um vínculo causal; b) a que, dado certo acontecimento, busca descobrir a existência de uma causa que o determinou; e c) a que, dado o acontecimento, tende a evidenciar o efeito que dele deve resultar¹⁰.

Esse último é, exatamente, o argumento a que recorre o Coordenador Municipal 1 no trecho transcrito a seguir.

Transcrição: Utilização da frota reserva

Coordenador Municipal 1: *Eu vou reiterar mais uma vez o meu o meu desapontamento com a questão da viatura reserva (+) acho que São Gonçalo deveria ser é:: reconhecido como (+) pelos grandes esforços que São Gonçalo tem realizado no sentido de::: botar as viaturas pra operar, né? eu acho que São Gonçalo já merece um crédito né? E esse crédito ainda não foi nos dado.*

Como é possível observar, o Coordenador 1 busca, a partir do esforço realizado por seu município para “botar as viaturas para operar”, evidenciar o efeito esperado, ou seja, o reconhecimento, o “crédito”, e a consequente facilidade de acesso às viaturas reservas.

De maneira análoga, o Coordenador Regional coloca em evidência, no trecho a seguir, o resultado presumido de uma conduta conflituosa entre os componentes do comitê gestor. Segundo o Coordenador, uma postura de disputa entre os coordenadores municipais levaria à extinção do serviço.

Transcrição: Utilização da frota reserva

Coordenador Regional: *HOJE essa situação não foi resolvida (+) o que eu sempre digo em todos os documentos que eu faço é o Samu da Metropolitana dois só existe porque nós os microgestores estamos sustentando isso' se a gente estabelecer um campo de batalha entre nós esse serviço ACABA.*

Coordenador Municipal 3: [*É*
Coordenador Municipal 5: [*É verdade*

A argumentação pelo exemplo

O argumento pelo exemplo corresponde a uma das técnicas que fundamentam a estrutura do real pelo recurso ao caso particular. Sua utilização supõe um acordo prévio sobre a possibilidade de generalização a partir de casos particulares. Nem toda descrição de um fenômeno particular pode ser considerada como uma argumentação. Para caracterizar-se como tal, é necessário que haja uma conclusão dos fatos descritos, que possa ser generalizada.

A eficácia desta técnica argumentativa advém da sua capacidade de influenciar o sentido e a extensão das noções, tendo em vista o aspecto dinâmico de seu emprego.

Transcrição: Alocação da maca extra

Coordenador Municipal 2: *Os meus doutores hoje por exemplo disseram o seguinte mas olha só doutora, deixa aqui porque a gente deixa aquela aqui e a gente vai voltar pra base aí a gente pega a maca na base.*

Coordenador Regional: *Você já sabe qual é a matriz de pensamento deles, a matriz municipalista (+) aí na sexta feira nós estávamos com uma maca de Itaboraí presa aqui no, no:: Azevedo Lima, e ia prender a de vocês. Aí eu falei não dá pra ser, eu tô com maca presa no EASG, tô no posto central, tô com vocês, tô no HUAP, não dá pra agora é:: prender mais essa, ele falou assim escolha qual maca você quer que:: a de Itaboraí ou a de Niterói? (+) aí nessa hora a gente pensa a região né? eu falei deixa a de Itaboraí livre porque eles tem que voltar com a maca deles (+) ficamos com a nossa maca presa, aí quando chega lá os coleguinhos querem que a maca fique lá, que seja deles, ah pelo amor de Deus, é complicado né.*

No trecho acima, percebe-se que o caso particular relatado pelo Coordenador Regional visa à generalização. Pelo exemplo da conduta adotada quando da necessidade de escolha entre que maca liberar, busca valorizar a perspectiva solidária de se atuar na região, ultrapassando os interesses municipais e atuando em favor da região.

Considerações finais

A análise dos esquemas argumentativos utilizados no Colegiado de Gestão do SAMU da Região Metropolitana II do Estado do Rio de Janeiro revela extensa utilização de argumentos de ligação, incluindo todos os três tipos descritos por Perelman e Olbrechts-Tyteca¹⁰: argumentos quase-lógicos, argumentos baseados na estrutura do real e argumentos que fundam a estrutura do real.

O cerne dos debates no colegiado esteve em torno da forma de atuação das equipes, revelando uma disputa entre ações com ênfase no município *versus* centradas na região. Outro ponto usualmente objeto de discussão foi a utilização dos recursos disponíveis no serviço, tais como: viatura reserva, maca extra e pessoal.

Para dirimir os dissensos em torno desses temas, certas técnicas mostraram importância direta para a ação. Entre os argumentos quase-lógicos, revelaram-se de particular importância: a regra de justiça e os argumentos de reciprocidade, os argumentos que apelam para relações matemáticas e aqueles baseados em definições. Entre os argumentos baseados na estrutura do real, o argumento pragmático e os que relacionam causa e efeito revelaram-se de grande utilidade. Por fim, entre os argumentos que fundam a estrutura do real, a argumentação pelo exemplo esteve em evidência.

Os argumentos acima citados foram os que tiveram papel fundamental para a construção de uma identidade regional baseada na solidariedade, base a partir da qual se tornou possível a coordenação de ações entre a Coordenação Regional e os coordenadores municipais e o enfrentamento de vários problemas encontrados tanto no sistema clínico (resistência dos médicos em atender outros municípios, dificuldades de acesso aos hospitais) quanto no sistema de governança (resistências dos secretários, indefinições na pactuações sobre o compartilhamento de recursos).

O discurso argumentativo cumpre seu papel precípua quando viabiliza uma saída, dentre as várias possíveis, que atrai a maior adesão dos coordenadores municipais e regional, convencidos, racionalmente, a aderirem aos argumentos dos outros, preservando-se o livre convencimento motivado nas suas posições.

A Teoria da Argumentação pode se projetar no território da coordenação de ações em saúde porque pressupõe uma racionalidade prática argumentativa que enfoca os procedimentos do raciocínio e da fundamentação dos atos deliberativos. Deste modo, pode ajudar a explorar de maneira competente os processos de tomada de decisão e de coordenação das ações em saúde.

Colaboradores

Juliano de Carvalho Lima foi responsável pela concepção geral do artigo, metodologia, levantamento e análise dos dados. Francisco Javier Uribe River e Elisabeth Artmann foram responsáveis pela fundamentação teórica e revisão geral do artigo.

Referências

1. Lima JC, Rivera FJU. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(31): 329-42.
2. Lima JC, Rivera FJU. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(2):323-36.
3. Rivera FJU. Argumentación y construcción de validez en la Planificación Estratégica-Situacional de Matus. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(9):1847-58.
4. Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília (DF): IPEA; 1993.
5. Habermas J. Racionalidade e comunicação. Lisboa: Edições 70; 2002.
6. Habermas J. O discurso filosófico da Modernidade. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
7. Artmann E. Interdisciplinaridade no enfoque intersubjetivo habermasiano: reflexões sobre planejamento e aids. *Cienc Saude Colet*. 2001; 6(1):183-95.
8. Habermas J. Teoría de la Acción Comunicativa. Madrid: Taurus; 2001. v. 1-2.
9. Aragão L. Habermas: filósofo e sociólogo do nosso tempo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2002.
10. Perelman C, Olbrechts-Tyteca L. Tratado da argumentação: a nova retórica. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
11. Meyer M. Perelman, le renouveau de la rhétorique. Paris: PUF; 2004.
12. Alves MAS. Racionalidade e argumentação em Habermas. *Kinesis*. 2009; 1(2):179-95.
13. Eemeren FHV. "Consideren la brecha": conciliando la búsqueda del éxito con la persistencia de la razonabilidad". In: Santibañez Yáñez C, Riffo Ocares B, organizadores. *Estudios en argumentación y retórica: teoría contemporánea y aplicaciones*. Concepción: Universidad de Concepción; 2007. p. 57-81.
14. Perelman C. La lógica jurídica y la nueva retórica. Madrid: Editorial Civitas; 1988.
15. Antaki C, Díaz F. Análise da conversação e o estudo da interação. In: Iñiguez L, organizador. *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 161-80.

Lima JC, Rivera FJU, Artmann E. Análisis del discurso argumentativo en la coordinación de un Servicio de Atención Móvil de Urgencia. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):51-63.

El artículo analiza el uso del discurso argumentativo en la coordinación de un servicio regional de atención móvil de urgencias, a partir de un cuadro teórico basado en la Teoría de la Acción Comunicativa y en la nueva Retórica. El material empírico proveniente de entrevistas y observación directa con el colegio gestor del servicio, localizado en la Región Metropolitana II de Río de Janeiro, Brasil. Los resultados muestran que la construcción de una identidad regional basada en la solidaridad hizo posible la coordinación de acciones en un contexto organizativo complejo. Tuvieron un papel primordial determinados esquemas argumentativos, como los argumentos de reciprocidad, los que apelan para relaciones matemáticas y para definiciones y los argumentos pragmáticos. El análisis de las argumentaciones presupone una racionalidad que enfoca los procedimientos de raciocinio y de la fundamentación de los actos deliberativos, siendo útil para explorar procesos de toma de decisión y de coordinación en salud.

Palabras clave: Coordinación. Comunicación. Integración de Servicios de Salud. Análisis de conversación. Teoría de la Argumentación.

Recebido em 02/02/15. Aprovado em 14/06/15.

Crônica do grupo:

ferramenta para análise colaborativa e melhoria da reflexão na pesquisa-ação

Taís Quevedo Marcolino^(a)

Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali^(b)

Marcolino TQ, Reali AMMR. Group chronicle: a tool for collaborative analysis and improvement of reflection on action research. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):65-76.

The functions that “group chronicle” (narrative of verbal and nonverbal events by a group of people discussing a common topic) might take on within action research projects relating to continuing healthcare education were analyzed. Professional practice was taken to encompass complex and tacit aspects within the social context, as proposed by the practice community. The starting point comprised action research results that used group chronicles as a non-dialectical tool. Thematic analysis was used on 31 excerpts of transcriptions of face-to-face meetings among the participants that contained the word “chronicle”. Five functions were identified: facilitation of communication; engagement and identity construction; group memory and continuity of learning; raising of awareness of implicit aspects; and collaborative analysis. This tool addresses educational-investigative projects that seek to promote reflection in order to improve healthcare practices and construct knowledge from this perspective.

Keywords: Continuing education. Qualitative research. Health knowledge, attitudes and practices. Healthcare manpower. Narrative.

Analisam-se as funções que a “crônica do grupo” (narrativa dos acontecimentos – verbais/não verbais – de um grupo de pessoas discutindo um tema comum) pode assumir em projetos de pesquisa-ação relacionados à Educação Permanente em Saúde. Compreende-se a prática profissional em seus aspectos complexos e tácitos, inserida no social, como propõe a Comunidade Prática/CoP. Parte-se dos resultados de pesquisa-ação que utilizou a crônica do grupo como ferramenta não dialética. Utilizou-se análise temática em 31 excertos das transcrições, de encontros presenciais entre os participantes, que continham a palavra “crônica”, identificando-se cinco funções: facilitação da comunicação; engajamento e construção da identidade; memória do grupo e continuidade da aprendizagem; conscientização dos aspectos implícitos; e análise colaborativa. Essa ferramenta vai ao encontro de projetos educacionais-investigativos que almejem promoção da reflexão para melhoria de práticas em saúde e construção de conhecimento nessa perspectiva.

Palavras-chave: Educação Permanente. Pesquisa qualitativa. Conhecimento, atitudes e práticas em saúde. Recursos humanos em saúde. Narrativa.

^(a) Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Rodovia Washington Luís, km 235. São Carlos, SP, Brasil. taisquevedo@ufscar.br

^(b) Departamento de Teorias e Práticas Pedagógicas, UFSCar. São Carlos, São SP, Brasil. darr@ufscar.br

O desafio da Educação Permanente em Saúde: contribuições de pesquisa-ação e das posições da Comunidade de Prática

Mudanças na assistência em saúde no Brasil vêm sendo alvo de políticas voltadas para humanização e trabalho em rede, demandando estratégias de formação continuada, como fomentado pela Política de Educação Permanente em Saúde/EPS brasileira. O desafio que se coloca é a transformação de práticas de formação em serviço/educação continuada encomendadas, verticalizadas, voltadas para profissionais de categoria única e centradas em processos de aprendizagem técnico-instrumental, para propostas participativas, dialógicas e que estejam voltadas para a realidade do trabalho das pessoas, na organização dos processos de trabalho, na assistência e na gestão em saúde¹⁻⁵.

Para a efetivação dessas mudanças, almeja-se que a EPS se concretize em processos coletivos e crítico-reflexivos sobre o processo de trabalho^{4,8}, compreendendo a aprendizagem como dinâmica, processual, fruto do engajamento ativo no mundo em um processo de produção de sentidos⁹. Além disso, a EPS demanda valorizar tanto as experiências vividas pelos profissionais e os sentidos que foram construídos a partir delas – dado o caráter tácito sobre o qual a experiência é construída^{8,9} –, como a reflexão sobre a experiência, que impulsiona o profissional a se tornar consciente do que é tácito, avaliar ações e redefinir significados, podendo, assim, produzir novos conhecimentos^{10,11}.

A EPS busca enfrentar a cristalização de padrões implícitos de organização, trabalho e assistência, pois, “frequentemente, problemas aparentemente de natureza técnica podem expressar conflitos latentes nos modos de pensar e atuar dos profissionais”⁴ (p. 897). De modo a promover a transformação pela educação, o problema em questão precisa vir à tona, os sujeitos precisam se reconhecer na singularidade da situação e serem reconhecidos em suas necessidades e potencial criativo-transformador⁴.

Esses pressupostos são também preconizados pela pesquisa-ação que, na interface entre os campos da educação e da saúde, vem sendo utilizada para produção de conhecimento e de tecnologia de cuidado, assim como de formação e desenvolvimento profissional¹²⁻¹⁷. Essa modalidade de investigação qualitativa assenta-se na produção colaborativa de saberes sobre uma temática de ordem prática, incluindo todos os envolvidos (pesquisadores/autores e participantes/atores) em modos recíprocos de relação, e colocando-se subserviente à prática, voltada para seu aprimoramento, ao construir ações intencionais visando transformações¹⁸⁻²¹.

Alguns projetos de pesquisa-ação no campo da saúde têm se referenciado na Comunidade de Prática e Identidade (CoP)⁹ por apresentar uma estrutura teórico-metodológica que favorece a combinação dessas características²²⁻²⁸. A CoP implica a participação ativa de seus membros, construindo e moldando o conhecimento no diálogo consigo mesmo e com os demais, encorajando os participantes a: refletirem, pesquisarem, analisarem e avaliarem coletivamente suas próprias ações, valores e conhecimentos. Seu eixo condutor é a negociação de significados, ao compartilhar e produzir: repertórios, conhecimentos, modos de fazer, instrumentos, histórias.

A CoP oferece uma estrutura que fomenta a continuidade da aprendizagem na interação entre a participação dos indivíduos e a reificação (o que é produzido pela participação) para organizar ações e interações, de modo a produzir novos sentidos e novas formas de participação, sempre com o foco na prática. A reificação dos processos de aprendizagem se dá em diferentes materiais (protocolos, cartazes, quaisquer elementos reais da mudança organizacional de um serviço), e cria marcos externos que favorecem a percepção e a consciência do que foi produzido, além de servirem como pontos de apoio para novas reflexões, em torno dos quais a negociação pode ser organizada⁹.

Nessa direção, Toledo et al.²⁰ identificaram que pesquisas-ações metodologicamente estruturadas de modo a oferecer ferramentas reflexivas, nomeadas de dialéticas, e ferramentas não dialéticas, que apresentam análises e resultados para os participantes, proporcionam maior implicação de todos os envolvidos na pesquisa, reciprocidade nas relações entre pesquisadores e atores^{19,29} e participação no projeto:

Ao serem discutidos com os participantes os resultados destes instrumentos, são fornecidas respostas às indagações, favorecendo, inclusive, a credibilidade para com a metodologia (diminuindo a resistência) e contribuindo para a compreensão dos envolvidos sobre a relevância da problemática em foco.²⁰ (p. 639)

O uso da crônica do grupo como elemento não dialético em pesquisa-ação

Em nosso estudo³⁰ também encontramos resultados similares aos de Jacobi, Giatti e Toledo²⁰. Nossa pesquisa-ação estava interessada em compreender o desenvolvimento profissional de terapeutas ocupacionais em início de carreira, e contribuir para o aumento da reflexividade sobre a prática e melhoria do raciocínio clínico. As seis profissionais participantes cursavam o segundo ano de Residência em Terapia Ocupacional em Saúde Mental, e a pesquisa-ação foi ofertada como uma atividade de extensão. Nessa pesquisa-ação, os elementos dialéticos foram: a participação quinzenal em um grupo de reflexão presencial, com uma hora e meia de duração, ao longo de dez meses, e a escrita de diários reflexivos por cada uma das participantes, com feedback da pesquisadora, em comunicação por endereço eletrônico³¹. Os elementos não dialéticos que fizeram parte do desenho metodológico foram: a crônica do grupo, a devolutiva da análise preliminar dos primeiros seis encontros e a devolutiva da análise final dos dados.

A crônica do grupo caracteriza-se por ser uma narrativa dos acontecimentos (verbais e não verbais) de um encontro de um grupo de pessoas voltado para a discussão de um tema comum, contendo a interpretação do que foi discutido pelo grupo e excertos exemplificadores dessas interpretações. Essa ferramenta insere-se teórica e metodologicamente na teoria dos grupos operativos de Pichón-Rivière^{32,33}, que valoriza a comunicação como elemento-chave para a aprendizagem. No grupo operativo, além da presença do coordenador do grupo, que é responsável por facilitar a comunicação, também existe o observador, que não participa das discussões, mas se mantém presente fazendo anotações sobre a comunicação verbal e não verbal. O observador e o coordenador são responsáveis por elaborarem a crônica do grupo com base no relato descritivo feito pelo observador, considerando: o que aconteceu antes da reunião e na reunião em si, o tema principal e os conteúdos mais relevantes discutidos no grupo, temas não compreendidos e incômodos percebidos.

No contexto da pesquisa, Lucchese e Barros³⁴ sugerem que a crônica do grupo possa ser utilizada como um diário de campo e, mesmo, como uma etapa da análise de dados, por contar com a colaboração conjunta do coordenador e do observador.

Em nossa pesquisa-ação, não contamos com a participação de um observador. Assim, os encontros presenciais foram gravados em áudio e transcritos, e, a partir dessa transcrição, a crônica era elaborada. Líamos cada trecho da transcrição, buscando identificar o assunto em pauta, tanto em termos temporais (uma coisa depois da outra) como causais (uma coisa por causa da outra), como pode ser visto no Quadro 1. Essa estratégia foi pensada, inicialmente, tanto para que alguma participante que tivesse faltado pudesse saber o que havia sido discutido, como para servir de base para outras discussões, como material reificado⁹. Depois de elaborada, a crônica era enviada por correio eletrônico a todas as integrantes, as quais tinham o compromisso de a ler antes do próximo encontro do grupo.

Assim, por se tratar de um processo contínuo (18 encontros em grupo), no qual a devolutiva oferecida pela crônica do grupo referente ao encontro passado era um elemento constante, observamos uma profícua relação estabelecida entre o elemento reificado não dialético (a crônica do grupo) e a participação nos encontros.

Quadro 1. Trecho da crônica do décimo quarto encontro da CoP³⁰.

“[...] O grupo validou as colocações da pesquisadora e da colaboradora e colocou a questão sob o ponto de vista do CRESCIMENTO PROFISSIONAL, do quanto a maturidade pode levar a uma maior tranquilidade no que se refere à ESPECIFICIDADE PROFISSIONAL, a partir das experiências vividas e refletidas.

‘[...] que é isso, não está longe do nosso pensamento isso que a gente está conversando hoje, faz total sentido o que você está falando, o que todo mundo está falando, então se faz sentido é porque tem algo dentro de mim que diz isso, mas por que é que quando eu estou na prática isso me pega de um jeito que parece que é um vírus, que você dá uma respirada você já se contaminou? – Mas não é terapia ocupacional, por que ela quer dar argila para ela? Ela é psicóloga, vai dar argila – [...] eu acho que talvez com a experiência [...] a gente se sente mais tranquilo em relação à nossa prática, [...] não sei se a gente está num momento de descobrir, e a gente está em vários espaços diferentes, e as pessoas cobram coisas diferentes a partir da compreensão que elas têm do que a gente pode fazer, e aí a gente fica muito perdida, [...] eu acho que é uma imaturidade profissional assim, pelo menos é como eu me sinto, porque faz total sentido [...]’

‘[...] acho que essa diferença que você está trazendo que faz um sentido, [...] entre alguma coisa que é, é vivenciado, refletido, vivenciado de novo, refletido e vivenciado de novo, que é a construção da experiência e da maturidade profissional que permite que isso venha com mais tranquilidade, o que você está dizendo é que talvez por enquanto eu precise de uma cola de vez em quando para poder me lembrar disso, mas daqui um tempo isso vai vir naturalmente, com a experiência você vai estar, não, eu acredito.’

‘[...] eu assim tenho acreditado cada vez mais que as pessoas que mais se incomodam com a sua prática é quem cresce.’

[...]”

Trabalhos que discutem o uso da narrativa no processo de pesquisa-ação de avaliação qualitativa destacam a capacidade da narrativa para dar voz à multiplicidade de sujeitos de maneira ampla e encadeada, coerente, de modo a se aproximar o melhor possível da realidade vivida, assim como do que foi produzido pelos participantes^{13,15,35,36}. Além disso, indicam a pouca exploração da capacidade da narrativa como dispositivo de comunicação, no contexto da pesquisa-ação, como possibilidade de os sujeitos retornarem a narrativas anteriores em um círculo de construção de sentidos¹⁰, justamente o que observamos em nossa pesquisa-ação, essa característica da crônica do grupo como potência comunicativa.

Essa e outras características observadas, como a capacidade da ferramenta de promover a participação na pesquisa e favorecer o reconhecimento dos reais problemas a serem trabalhados na CoP²⁷, levaram-nos a buscar sistematizar essa experiência e compreender quais aspectos circundaram a utilização da crônica do grupo como ferramenta formativa e investigativa no processo de pesquisa-ação.

Metodologia

De modo a compreender quais aspectos circundaram a utilização da crônica do grupo na pesquisa-ação desenvolvida, localizamos a palavra “crônica” em todas as transcrições das conversas dos encontros presenciais da CoP, com a ferramenta de localização de palavras em software editor de texto. A palavra foi encontrada 32 vezes. Ao analisar o contexto em que se inseriam, bem como seu significado, somente um aparecimento continha sentido diferente de “crônica do grupo” (crônica

como gênero literário). Esses excertos (a palavra no contexto da conversa) foram submetidos à análise temática³⁷, buscando-se desvelar seus núcleos de sentido, a constância e a importância de sua repetição para elucidar a que a ferramenta estava se prestando.

Resultados

Foram identificados cinco núcleos de sentido para as conversas das participantes da CoP nos encontros presenciais que continham a palavra “crônica”. A análise dos temas elucidou cinco funções que essa ferramenta exerceu ao longo do desenvolvimento da CoP, favorecendo a participação grupal, a aprendizagem colaborativa e a validação das interpretações da pesquisadora dos eventos ocorridos em encontros anteriores: 1 facilitar a comunicação; 2 favorecer engajamento e construção da identidade grupal; 3 garantir a memória do grupo e a continuidade da aprendizagem; 4 possibilitar a tomada de consciência dos aspectos implícitos; 5 possibilitar análise colaborativa pela avaliação da interpretação.

1 Facilitar a comunicação

Parte das vezes em que a palavra “crônica” apareceu nas conversas da CoP teve a função de: dar início à conversa, nomear seu foco, chamar as demais participantes para a discussão, oferecer direcionamentos, diminuir a ansiedade diante do desconhecido – sobretudo, nos primeiros encontros do grupo, na medida em que apresentava a produção anterior do grupo. Essa função foi bastante utilizada pela coordenadora/pesquisadora, parecendo ter a intenção de facilitar a comunicação e propiciar que as pessoas se envolvessem na conversa e participassem.

“[...] lendo a crônica, relendo a nossa história no grupo passado, [...] uma das coisas que mais apareceu [...] foi esse interjogo e eu [...] o quanto que isso [...] é sofrido por ambos os lados, [...]”. (pesquisadora, quarto encontro)

“[...] eu fiz uma cópia para cada uma, [...] queria saber se vocês topam essa proposta de resgatar um pouco... [...]”. (pesquisadora, quinto encontro)

“[...] eu fico lembrando da crônica, num momento que alguém fala assim: [...]”. (Mariana, segundo encontro)

“Acho que só para retomar [...] a crônica do último encontro, [...] a gente começou a escolher temas que o grupo [...] se interessa a discutir [...]”. (pesquisadora, sexto encontro)

“Acho que eu vou chegar um pouco perdida e quando eu li fui me acalmando [...]”. (Mariana, segundo encontro)

2 Favorecer engajamento e construção da identidade grupal

Nestes excertos, a palavra “crônica” esteve inserida na conversa das participantes da CoP quando elas se identificavam com o que havia sido dito, e, muitas vezes, percebendo-se nos excertos das falas. Esse movimento pareceu ir ao encontro da proposição da construção da identidade e do engajamento em participar do empreendimento⁹, ou, mesmo, nas proposições da pesquisa-ação¹⁸, favorecendo a implicação no trabalho colaborativo, como nos trechos a seguir:

“Eu achei interessante a gente ver a nossa fala [...] escrita: nossa, fui eu que falei! Você lê e daí depois você pensa: é, fui eu que falei isso [...]”. (Marisa, terceiro encontro)

"[...] eram coisas que eu também sentia, mas algumas delas eu não coloquei no diário, então foi muito familiar para mim o que foi discutido". (Mariana, terceiro encontro)

"Eu fiquei pensando: nossa, incrível! Eu falei: meu, deus, queria estar lá e foi dando muito uma sensação gostosa, sabe! Nossa, eu não estou sozinha nas minhas angústias, nas minhas dúvidas! [...] foi incrível [...] ver que todo mundo passa por essas angústias, por essas dúvidas. Foi emocionante também, as falas, como foi colocado, o que as pessoas traziam". (Fernanda, 15º encontro)

3 Garantir a memória do grupo e a continuidade da aprendizagem

Os trechos dessa categoria demonstram que a crônica do grupo foi utilizada como reificação da produção grupal, permitindo acesso à informação para quem faltou e resgate de temas já discutidos. Essa função propiciou que o processo de aprendizagem não sofresse paralisações, desencontros ou desentendimentos.

"Eu que não estava aqui, acho que foi muito bom, gostei muito de poder ter esse acesso, [...]". (Mariana, terceiro encontro)

"Ter esse recurso, [...] a memória do grupo". (Marisa, terceiro encontro)

"[...] poder ler essa sétima crônica, que vários temas já tinham aparecido antes, de outras maneiras, essa coisa da responsabilidade já tinha aparecido antes, num outro contexto, mas às vezes os temas voltam. Voltou de novo agora". (pesquisadora, oitavo encontro)

"Então acho que também foi confortável, é um cuidado, são falas, mas deste grupo, como é que a gente foi construindo, e aqui está uma coisa construída mesmo. Não só o que cada um foi falando na outra semana, no outro encontro". (Cecília, terceiro encontro)

4 Possibilitar a tomada de consciência dos aspectos implícitos

Dado o caráter tácito sobre o qual a experiência é construída, e sua importância para a prática profissional diária, os excertos constituintes desse tema revelam esse caráter implícito, e revisar o que foi conversado no grupo tornou possível escolher novos caminhos, tornar-se mais consciente dos conflitos, avaliar ações e redefinir significados. Os momentos de maior impacto na CoP, no sentido de redirecionar o trabalho colaborativo e elaborar tensões, foram caracterizados pela tomada de consciência de aspectos até então desconhecidos²⁷.

"Nossa, eu não tinha ideia! [...] Eu não tinha ideia que tinha falado de outras coisas, [...]". (Fernanda, quinto encontro)

"Eu tive uma impressão que estava muito fora da proposta do grupo na outra semana e aí lendo, eu fiquei: tem muito a ver com o que é ser um terapeuta, no sentido iniciante do que a gente está questionando [...]". (Isadora, quinto encontro)

"Sempre quando eu vou ler: quanta coisa! Parece que a gente não tem a dimensão de tudo que a gente falou, de tudo que foi dito. Eu fico com essa sensação, e é bom olhar depois que a gente viveu, poder olhar e ver tudo que [...] aconteceu". (Marisa, oitavo encontro)

5 Possibilitar análise colaborativa pela avaliação da interpretação

Embora boa parte da validação das interpretações da pesquisadora seja visível nos excertos relativos às outras funções, alguns excertos, em menor quantidade no bojo de todos os encontros, estiveram diretamente relacionados à apreciação das participantes sobre a forma e os conteúdos da crônica, assim como da pesquisadora em convidar as participantes a essa apreciação.

“E aí [...]? Eu tinha pedido para vocês darem uma olhada na crônica, e o que vocês acharam [...]?”. (pesquisadora, oitavo encontro)

[...] muito legal essa ideia de você compartilhar com a gente também o que você foi pensando [...]’. (Mariana, terceiro encontro)

“E eu achei também que foi interessante saber de que forma que você vai fazer esse relato. Eu achei interessante ter acesso também a essa coisa que você faz [...]”. (Tatiane, terceiro encontro)

“É bem... Está bem legal assim”. (Tatiane, oitavo encontro)

Discussão

A primeira e a segunda categorias destacam a função da crônica para facilitar a comunicação do grupo, bem como a participação e a construção da identidade na CoP. A participação ativa, implicada, pode ser considerada o elemento motivador de uma pesquisa-ação¹⁷, indispensável para garantir a qualidade e efetividade do projeto, na medida em que todos os sujeitos envolvidos constroem um sentido de pertencimento²¹.

Apontam-se⁹ relações entre participação e identidade, na medida em que a construção de uma identidade passa pela negociação de sentidos da experiência de ser membro em comunidades sociais. Assim, a prática sob o aspecto da identidade pode ser compreendida como um campo de negociação das formas de “ser uma pessoa” nesse contexto, em um processo de constituição mútua entre indivíduo e comunidade, considerando as tensões decorrentes do conflito inerente entre individual e coletivo.

A crônica do grupo pareceu favorecer o “tornar-se membro” de uma CoP, na medida em que, ao explicitar o reconhecimento desse pertencimento, pelas falas imersas no texto, demarcava a participação de cada uma no todo construído. Assim, chamava as participantes para lidarem com a identidade que aquele grupo estava produzindo e a negociarem a sua identidade diante dessa nova comunidade.

A construção da identidade é processual e temporal⁹. Assim, o que se objetiva em uma pesquisa-ação é que os participantes negociem significados e atinjam clareza do que valorizam como importante ou não para determinado tema e determinada prática, o que contribui para a identidade dessa comunidade e o que pode ser deixado na marginalidade.

Desse modo, as funções da crônica de facilitar a comunicação, favorecer o engajamento e a construção da identidade em um processo indivíduo-comunidade parecem favorecer a identificação do problema a ser enfrentado/discutido/negociado e aumentar a percepção dos participantes sobre sua implicação na pesquisa-ação, de modo a estabelecer processos de negociação de identidade entre o que desejam e o que a comunidade almeja. Essas características propiciam o trabalho grupal sobre as tensões geradas em direção à construção de conhecimento, tendo em vista que essa modalidade de pesquisa é totalmente dependente da participação dos sujeitos^{18,29}.

A pesquisa-ação demanda um processo de transformação de atores em autores^{19,29}. Em uma perspectiva do profissional reflexivo, trata-se de transformar profissionais em investigadores da própria prática, no contexto no qual ela ocorre¹⁰. Para a efetivação de mudanças nas práticas de cuidado,

o processo de reflexão – considerado um pensamento atrelado à ação e que demanda uma ação diferente da rotineira – amplia a compreensão das relações com outras experiências e ideias, criando condições para a continuidade da aprendizagem^{38,39}.

O processo de reflexão tem o potencial de trazer à tona os aspectos implícitos da prática¹⁰. Assim, a crônica do grupo, ao se colocar como objeto reificado da participação dos sujeitos na CoP, agiu como um marco externo, favorecendo a consciência do que o grupo produziu e de aspectos tácitos não percebidos anteriormente, o que favoreceu novas reflexões, em torno dos quais a negociação pode ser organizada⁹.

Gostaríamos de destacar que a crônica foi a ferramenta utilizada para fixar o discurso das participantes, sendo o discurso em si uma forma de reificação, porém tão efêmera que parece participação. Ao ser reificado em forma de narrativa, o discurso ganha independência do sujeito⁹, e a narrativa passa a mediar discurso e ação¹³. Assim, a crônica do grupo não trata apenas do passado, mas pode ser utilizada para mudar o foco, possibilitar novas maneiras de compreensão e de se estabelecer novas relações. Nesse contexto, o que é novo pode ser transformado em conhecimento, que é o contexto ideal para a aprendizagem e criação de conhecimento⁹.

Em nosso estudo, a crônica do grupo foi utilizada não somente como elemento não dialético, na perspectiva de devolver as interpretações/resultados da equipe de pesquisa para os participantes em um único momento, mas se inseriu em um processo ampliado (dez meses, em encontros quinzenais), retomando o que foi produzido anteriormente como base para uma nova produção. Essa característica de continuidade da narrativa/crônica também demonstrou sua capacidade para fomentar a comunicação de modo fluente e poroso¹³, alimentando tanto o processo de aprendizagem como da pesquisa.

Assim, ao validarem as interpretações da pesquisadora a respeito do discurso do encontro anterior, as participantes também propiciavam que a análise dos dados da pesquisa fosse contínua e sendo preliminarmente feita e validada (quinta categoria). A crônica do grupo favoreceu o processo de sistematização e de objetivação dos dados, na medida em que elucidava o tema em foco na discussão, garantindo o que foi nomeado de visibilidade construída¹⁴.

Ao abrirem espaços para elementos até então desconhecidos, as crônicas trabalharam para tensionar discurso e ação, gerando elementos profícuos para a pesquisa-ação e dando visibilidade ao que é subjetivo e particular, difícil de ser acessado em metodologias de pesquisa mais pontuais, e que não dependa tanto da participação ativa dos sujeitos/atores.

Considerações finais

Neste artigo, procuramos elucidar aspectos relativos ao uso da ferramenta “crônica do grupo”, tanto para promoção da reflexão como para análise colaborativa em um processo de pesquisa-ação. Desse modo, foi possível desvelar que tal ferramenta pode contribuir para favorecer a comunicação em processos grupais, fomentar a participação dos sujeitos/atores na pesquisa-ação, e favorecer a negociação/construção de identidade no projeto.

A interação entre a participação dos sujeitos e o resultado dessa participação, como a crônica do grupo, favoreceu a ampliação do conhecimento sobre o tema/problema em questão¹⁴, contribuindo para a produção de conhecimento e cuidado em saúde que, na maioria das vezes, abarca problemas de natureza complexa, de desafios transdisciplinares com vistas a intervenções bem-sucedidas^{12,17,20}.

A crônica do grupo também propiciou um processo de produção colaborativa de saberes, na medida em que se ofereceu como dispositivo de resgate da produção anterior (memória) e que, sobretudo, serviu como dispositivo independente do sujeito⁹, para que novas reflexões fossem elaboradas, em um processo contínuo.

Os referenciais utilizados para a construção de nossa pesquisa³⁰, como a Comunidade de Prática e Identidade⁹, a Epistemologia da Racionalidade Prática^{10,11} e os referenciais da pesquisa-ação^{18,29}, foram os mesmos para a análise dos resultados desse estudo; e foi possível estabelecer relações positivas entre diferentes temas complementares: fomento de mudanças na prática, no

nosso caso, do cuidado na saúde; aprendizagem profissional e aprendizagem colaborativa; a natureza da prática e a reflexão sobre ela como mecanismo de construção de conhecimento; a participação dos sujeitos/atores para construção de conhecimento sobre a prática e voltada para sua melhoria; e pesquisa-ação.

Do ponto de vista da EPS, tanto esses referenciais como a ferramenta “crônica do grupo” parecem se ajustar aos objetivos de uma educação para o Sistema Único de Saúde a partir do tensionamento dos processos de trabalho, organização e gestão¹⁻⁸. Além disso, levando-se em consideração que a participação dos sujeitos é o fator de garantia de qualidade de qualquer processo formativo, a crônica do grupo pode ser utilizada como uma estratégia a mais, que favoreça a construção da identidade de uma comunidade de prática que busca mudanças na Saúde.

Entretanto, caso o processo de EPS não se insira em uma pesquisa-ação formal, tendo em vista o grande tempo demandado para a realização de transcrições e elaboração da crônica, outras estratégias podem ser pensadas, como a presença de um observador do grupo, ou, mesmo, de membros participantes que, em determinados encontros, assumam a tarefa de registro e construção da narrativa/crônica.

Como pesquisadoras, gostaríamos de ressaltar que o exercício de elaboração da crônica do grupo favoreceu que estivéssemos, constantemente, imersas na pesquisa, identificando questões, levantando hipóteses, refletindo sobre quais possíveis ações se ajustariam melhor para determinada situação. Foi um processo de retroalimentação entre intervenção e pesquisa, de fomento da reflexividade na equipe de pesquisa, e de ampliação das questões relativas ao projeto, registradas no diário de campo.

Em relação aos limites deste artigo, reconhecemos que nossa análise pautou-se em uma única experiência, e, assim, nosso objetivo limitou-se ao de elucidar alguns aspectos relativos ao uso desse tipo de ferramenta.

Diante disso, destacamos a funcionalidade da crônica do grupo como uma ferramenta que vai ao encontro de projetos educacionais e investigativos que busquem a promoção da reflexão para melhoria de práticas de cuidado em saúde; e projetos de pesquisa-ação interessados em compreender aspectos da prática à luz de como os profissionais a compreendem, e construir conhecimento nesse contexto.

Colaboradores

Taís Quevedo Marcolino participou da elaboração do artigo, revisão bibliográfica, de sua discussão e redação. Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali participou da discussão e revisão do texto.

Referências

1. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
2. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
3. Portaria nº 1.996/GM, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da política nacional de educação permanente em saúde e dá outras providências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
4. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saude Soc. 2011; 20(4):884-9.
5. Silva JAM, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. Saude Soc. 2011; 20(4):1018-32.
6. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004; 14(1):41-65.
7. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. Rev Eletron Enferm. 2007; 9(2):389-401.
8. Souza AMA, Galvão EA, Santos I, Roschke MA. Processo educativo nos serviços de saúde. In: Santana JP, Castro JL, organizadores. Capacitação e desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 1999. p. 215-32.
9. Wenger E. Communities of practice learning, meaning and identity. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
10. Schön D. The reflexive practitioner. New York: Basic Books; 1983.
11. Schön D. Educando o profissional reflexivo. Porto Alegre: Artmed; 2000.
12. Berger S, Giffin K. Serviços de saúde e a violência na gravidez: perspectivas e práticas de profissionais e equipes de saúde em um hospital público no Rio de Janeiro. Interface (Botucatu). 2011; 15(37):391-405.
13. Furtado JP, Onocko-Campos RT. Participação, produção de conhecimento e pesquisa avaliativa: a inserção de diferentes atores em uma investigação em saúde. Cad Saude Publica. 2008; 24(11):2671-80.
14. Queiroz A, Cardoso L, Heller L. O uso da pesquisa-ação para a avaliação e o aprimoramento de práticas integradas para a vigilância da qualidade da água para consumo humano: potencialidades e desafios. Eng Sanit Ambient. 2012; 17(3):277-86.
15. Smeke ELM, Oliveira NLS. Avaliação participante de práticas educativas em serviços de saúde. Cad CEDES. 2009; 29(79):347-60.
16. Silvério M, Patrício Z. O processo qualitativo de pesquisa mediando a transformação da realidade: uma contribuição para o trabalho em equipe em educação em saúde. Cienc Saude Colet. 2007; 12(1):239-46.
17. Pessoa VM, Rigotto RM, Arruda CAM, Machado MFAS, Machado MMT, Bezerra MG. Pesquisa-ação: proposição metodológica para o planejamento das ações nos serviços de atenção primária no contexto da saúde ambiental e da saúde do trabalhador. Interface (Botucatu). 2013; 17(45):301-14.
18. Desroche H. Pesquisa-ação: dos projetos de autores aos projetos de atores e vice-versa. In: Thiollent TM, organizador. Pesquisa-ação e Projeto Cooperativo na perspectiva de Henri Desroche. São Carlos: EDUFSCar; 2006. p. 33-68.

19. Pineau G. Emergência de um paradigma antropofomador de pesquisa-ação-formação transdisciplinar. *Saude Soc.* 2005; 14(2):102-10.
20. Toledo RF, Giatti LL, Jacobi PR. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(51):633-46.
21. Tripp D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. *Educ Pesqui.* 2005; 31(3):443-66.
22. Barnett S, Jones SC, Benett S, Iverson D, Bonney A. General practice training and virtual communities of practice: a review of literature. *BMC Fam Pract.* 2012; 13(87):1-12.
23. Bennett-Newby D, Kim Y-M. Organizational structure, community of practice and patient safety. *J Inform Knowl Manag.* 2012; 11(4):1-7.
24. Coleman A. A virtual community of practice framework to support doctors' practices in national health insurance (NHI) in South Africa. *Stud Ethno-Med.* 2012; 6(3):155-60.
25. Hardyman W, Bullock A, Brown A, Carter-Ingram S, Stacey M. Mobile technology supporting trainee doctors's workplace learning and patient care: an evaluation. *BMC Med Educ.* 2012; 13(1):6.
26. Ho K. A collaborative quality improvement model and electronic community of practice to support sepsis management in emergency departments: investigating care harmonization for provincial knowledge translation. *JMRI Res Protoc.* 2012; 1(2):6.
27. Marcolino TQ, Reali AMMR. Rotas dissonantes e comunidade profissional: pistas para promover a aprendizagem colaborativa. In: Reali AMMR, organizadora. *Desenvolvimento profissional da docência: teorias e práticas*. São Carlos: EdUFSCar; 2012. p. 281-98.
28. Reilly JR. Faculty development for e-learning: a multi-campus community of practice (COP) approach. *J Asynchronous Learn Netw.* 2012; 16(2):99.
29. Thiollent M. *Pesquisa-ação e Projeto Cooperativo na Perspectiva de Henri Desroche*. São Carlos: EdUFSCar; 2006.
30. Marcolino TQ. *A porta está aberta: aprendizagem colaborativa, prática iniciante, raciocínio clínico e terapia ocupacional [tese]*. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 2009.
31. Marcolino TQ, Reali AMMR. El trabajo del mentor: análisis de los feedbacks de diarios reflexivos a lo largo de un proceso de mentoría en grupo. *Rev Iberoam Educ.* 2010; 52(6):1-12.
32. Barembliht G. *Grupos: teoria e técnica*. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1986.
33. Pichón-Rivière E. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
34. Lucchese R, Barros S. A utilização do grupo operativo como método de coleta de dados em pesquisa qualitativa. *Rev Eletron Enferm.* 2007; 9(3):796-805.
35. Furtado JP, Onocko-Campos RT, Moreira MIB, Trapé TLA. Elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cad Saude Publica.* 2013; 29(1):102-10.
36. Onocko-Campos RT, Furtado JP. Entre a saúde mental e a saúde coletiva: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Cad Saude Publica.* 2008; 22(5):1053-62.
37. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
38. Rodgers C. Defining reflection: another look at John Dewey and reflective thinking. *Teach Coll Rec.* 2002; 104(4):842-66.
39. Marcolino TQ, Mizukami MGN. Narrativas, processos reflexivos e prática profissional: apontamentos para pesquisa e formação. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(26):541-7.

Marcolino TQ, Reali AMMR. Crónica del grupo: herramienta para análisis colaborativo y mejora de la reflexión en la investigación-acción. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):65-76.

Se analizan las funciones que la “crónica del grupo” (narrativa de los acontecimientos – verbales/no verbales – de un grupo de personas discutiendo un tema común) puede asumir en proyectos de investigación-acción relacionados a la Educación Permanente en Salud. Se entiende la práctica profesional en sus aspectos complejos y tácitos, insertada en lo social, como propone la Comunidad Práctica/CoP. Se parte de los resultados de investigación-acción que utilizó la crónica del grupo como herramienta no dialéctica. Se utilizó el análisis temático en 31 trechos de las transcripciones de encuentros presenciales entre los participantes que contenían la palabra “crónica”, identificándose cinco funciones: facilitación de la comunicación, compromiso y construcción de la identidad, memoria del grupo y continuidad del aprendizaje, toma de conciencia de los aspectos implícitos y análisis colaborativo. Esa herramienta va al encuentro de proyectos educativos-investigativos que busquen la promoción de la reflexión para la mejora de prácticas en salud y construcción de conocimiento bajo esa perspectiva.

Palabras clave: Educación Permanente. Investigación cualitativa. Conocimiento, actitudes y prácticas en salud. Recursos humanos en salud. Narrativa.

Recebido em 16/04/15. Aprovado em 09/08/15.

Diversos nomes para o cansaço:

categorias emergentes e sua relação com o mundo do trabalho

Rafaela Zorzaneli^(a)

Isabela Vieira^(b)

Jane Araujo Russo^(c)

Zorzaneli R, Vieira I, Russo JA. Several names for tiredness: emergent categories and their relationship with the world of work. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):77-88.

The objective of this article was, from a sociocultural perspective, to explore the emergence of two clinical entities between 1970 and 1980, which, in the fields of general clinical medicine and psycho-knowledge, give names to conditions centered on the symptom of fatigue: chronic fatigue syndrome (ICD-10 G93.3) and burnout (ICD-10 Z73.0). We intend, after a brief presentation of both of these, to analyze the emergence of these two categories, to acknowledge fatigue and exhaustion as symptoms to be medically treated, and to explore similarities and differences between them.

Keywords: Fatigue. Chronic fatigue syndrome. Burnout professional. Work. Medical sociology.

Este artigo tem como objetivo explorar, do ponto de vista sociocultural, a emergência de duas entidades clínicas entre 1970 e 1980 que, no campo da clínica geral e dos saberes psi, nomeiam quadros centrados no sintoma da fadiga: a síndrome da fadiga crônica (CID-10 G93.3) e o burnout (CID-10 Z73.0). Pretendemos, após uma breve apresentação de ambas, analisar o surgimento dessas categorias, para indicar o cansaço e a exaustão como sintomas a serem tratados medicamente e explorar os pontos de aproximação e afastamento entre elas.

Palavras-chave: Fadiga. Síndrome da fadiga crônica. Esgotamento profissional. Trabalho. Sociologia médica.

^(a) Departamento de Políticas e Instituições em Saúde, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rua São Francisco Xavier, Pavilhão João Lyra Filho, nº 524, 7º andar, blocos D e E. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20500-013. rtzorzaneli@hotmail.com

^(b) Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Bolsista CNPq. isabelamvieira@gmail.com

^(c) Departamento de Políticas e Instituições em Saúde, Instituto de Medicina Social, UERJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. jane.russo@gmail.com

Introdução

Analisar duas categorias em vigência na medicina é uma proposta sintonizada com a chamada sociologia do diagnóstico^{1,2}, ou seja, o interesse pelo processo de construção (emergência, manutenção ou tempo de vigência) de um diagnóstico. Essa investigação – para que um diagnóstico serve, como é manejado por seus portadores e por profissionais de saúde, por que entra em ascensão ou declínio – pode ser aplicada a diversas categorias médicas em voga, como: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, autismo, disforia de gênero, depressão, fobia social.

O tema do diagnóstico tem estado presente de forma indireta no campo da sociologia médica: é importante, por exemplo, para pensar como o nome de uma doença dá origem à ruptura biográfica³; à perda do *self*⁴; à reconstrução narrativa⁵. Além disso, ele organiza a experiência da doença, seu tratamento e a direção da cura, e é um projeto interpretativo que envolve troca de experiências entre leigos e especialistas. Pode configurar, assim, uma forma de reapropriação individual da experiência⁶, sendo um esteio para a transformação de particularidades da vida ou de sintomas leves em doenças, o que se poderia chamar de medicalização^(d). Interessa-nos notar que o diagnóstico, como realidade classificatória é, antes de tudo, uma classificação médica, mas só sobrevive se oferece alguma utilidade para as instituições sociais, além da medicina, que ajudam a formatá-lo^(e).

Não é a primeira vez, na história médica recente, que a fadiga é tratada como objeto, sendo possível afirmar que estamos diante de sua reemergência como signo de doença. Um sinal desta importância histórica é a presença intermitente de quadros patológicos cuja queixa central é a exaustão por mínimo esforço ou a fadiga sem causa orgânica detectável⁹. No ambiente novecentista, esse quadro foi a neurastenia. Atualmente, dois exemplos emblemáticos são a síndrome da fadiga crônica e o *burnout*, mantidas suas diferenças. O interesse pela comparação entre essas duas categorias prende-se ao fato de ambas localizarem-se nos polos opostos do *continuum* psicológico/orgânico. O *burnout* surgiu como um diagnóstico essencialmente psicossocial^(f) no âmbito da psicanálise e da psicologia; ao passo que a síndrome da fadiga crônica é um diagnóstico da clínica geral, que nasce relacionado a suspeitas de infecção viral. Buscaremos discutir o deslizamento entre concepções biológicas e psíquicas operado pela categoria fadiga, no caso desses dois diagnósticos. Tentaremos demonstrar que tal deslizamento tem a ver com contextos históricos e socioculturais distintos.

Síndrome da fadiga crônica

A Síndrome da Fadiga Crônica (SFC) encontra-se no cenário mais abrangente das chamadas síndromes funcionais, tais como: síndrome do cólon irritável, da Guerra do Golfo, da sensibilidade química múltipla, fibromiálgica, miofascial, dentre outras^(g), com as quais compartilha amplamente alguns de seus sintomas. Segundo Wessely¹², a história da SFC começou com a publicação, no início dos anos 1980, de séries de casos descrevendo uma doença com sintomas semelhantes aos efeitos tardios de uma infecção viral, manifestada por fadiga e outros sintomas aparentemente associados a evidências serológicas de infecções prolongadas pelo vírus Epstein-Barr (EB). Como se observou, a ideia de infecções recorrentes por vírus EB não era nova, tendo essa hipótese sido relatada ao longo dos anos anteriores.

^(d) Dentro da discussão mais ampla sobre medicalização (muito resumidamente, a tradução para a linguagem médica de problemas anteriormente vivenciados como não médicos), há autores que enfatizam a relação entre o surgimento de novos diagnósticos e o lançamento de remédios pela indústria farmacêutica^{7,8}. Não nos aprofundaremos nessa questão aqui.

^(e) O debate sobre a concepção saúde e doença à luz de concepções socioantropológicas é um campo amplo que inclui vasta bibliografia, a qual não nos propomos debater neste artigo. Para os fins do artigo, nos basta definir que lidamos com uma concepção de saúde/doença como processos não meramente definidos por medidas biomédicas, mas como constructos que dependem das normas sociais, padrões de normalidade e desvio inseridos em diferentes contextos culturais.

^(f) O termo 'psicossocial', comumente empregado nas discussões sobre o *burnout*, aponta para a junção de duas áreas de compreensão das perturbações – o psíquico e o social. É uma categoria habitualmente empregada no campo dos saberes psi para marcar a importância de fatores ambientais ou sociais tanto na explicação de transtornos mentais quanto no seu tratamento. Não costuma ser usada entre cientistas sociais.

^(g) A expressão 'síndrome funcional' se aplica a diversas condições relacionadas entre si e caracterizadas mais por sintomas de sofrimento e incapacidade do que por anormalidades físicas demonstráveis anatomicamente¹⁰. A dificuldade na construção destes diagnósticos (devido a aspectos clínicos e técnicos) acaba mobilizando atores sociais diversos, como advogados, mídia, justiça, planos de saúde e pacientes, que, frequentemente, se organizam em busca da legitimidade de seus diagnósticos, fazendo de suas condições 'doenças que se tem que lutar para ter'¹¹.

A SFC caracteriza-se por: exaustão incapacitante, cuja duração pode chegar a 24 horas após um esforço (nos casos em que há esforço precipitante), mal-estar, dores generalizadas, fraqueza muscular, aumento da temperatura corporal, linfonodos dolorosos, perturbações neuropsicológicas (memória, atenção e concentração) e cefaleias¹². O diagnóstico vigora desde o fim da década de 1980, e tem recebido atenção e investigação, sobretudo na Inglaterra, Estados Unidos e Canadá.

Diferentes definições concorrem nos anos subsequentes à década de 1980, mas a mais aceita até hoje é a de Fukuda et al.¹³ (definição internacional). Revisão da primeira definição, de 1988¹⁴, ela aproveita muitos dos critérios anteriores. Requer a presença de fadiga persistente ou recorrente com início definido, e, no mínimo, quatro de oito queixas subjetivas específicas (prejuízo substancial na memória de curto prazo e na concentração, dor de garganta, sensibilidade nos linfonodos cervicais ou axilares, dor muscular, dor articular sem evidência de artrite, dores de cabeça de tipo diferente – em relação ao padrão e à gravidade – do costumeiro até então, sono não restaurador, mal-estar pós-exercício de duração maior que 24 horas). Os sintomas devem durar no mínimo seis meses.

Nenhum teste específico pode comprovar o diagnóstico de SFC, mas eles são usados para compor evidências e excluir outras condições. Dentre os testes requisitados, destacam-se: urina, hemograma completo, taxa de hemossedimentação, proteína total, proteína reativa, alanina aminotransferase, albumina, globulina, fosfatase alcalina, cálcio, fósforo, ureia sérica, eletrólitos, creatinina, hormônios da tireoide. Se nenhuma condição for detectada, o critério para SFC é satisfeito. Um diagnóstico bem realizado deve envolver o conhecimento de toda a história clínica do paciente, uma avaliação de sua saúde mental e do padrão de sono.

Segundo Abbey e Garfinkel¹⁵, a SFC se inicia, geralmente, entre vinte e quarenta anos, e afeta, ligeiramente, mais mulheres do que homens. Haveria dois padrões de desenvolvimento da doença: ela pode ser contínua, com melhora lenta, ou alternar recidivas constantes com períodos de melhora. Em ambos os casos, os sintomas podem levar à incapacidade laborativa e de manter as atividades sociais e pessoais. Já conforme Joyce et al.¹⁶, o prognóstico é variável. A maioria dos pacientes se recupera rapidamente, mas, em alguns casos, o quadro pode persistir por dois anos ou mais. Frequentemente, a doença segue um curso cíclico, alternando períodos de piora com outros de relativa saúde. Muitos pacientes avaliam que a gravidade dos sintomas varia de um dia para o outro e, portanto, ajustam seu nível de atividade em função dessa instabilidade. A melhora varia no período de 12 a 18 meses, e as taxas de piora nesse mesmo período alcançam 15-20%. Há uma significativa melhora espontânea.

Apesar dos números supracitados, reconhece-se a dificuldade em definir e diagnosticar a SFC, o que leva, inevitavelmente, à confusão na quantificação dos casos. Essa dificuldade, segundo Prins et al.¹⁷, afeta diretamente os estudos epidemiológicos, as estimativas variando de acordo com os critérios usados. Os autores¹⁷ apontam uma prevalência de 0,23% a 0,42% entre adultos nos Estados Unidos, sendo as taxas maiores em mulheres, membros de minorias sociais, pessoas com baixo nível de educação formal e baixo *status* ocupacional. Já no Reino Unido, utilizando-se os critérios de Oxford^(h)¹⁸, encontrou-se uma prevalência de 2,6% na população de cuidados primários, mas esse número, possivelmente, incluía pacientes que se enquadram nos transtornos depressivos e ansiosos. Excluindo-se os pacientes com comorbidade psiquiátrica, a prevalência caía para 0,5%. Em contrapartida, os critérios de 1988, excessivamente restritivos, excluindo, por exemplo, diversos transtornos psiquiátricos, produziam

^(h) A terceira definição da SFC, conhecida como critérios de Oxford¹⁸, propunha que o diagnóstico fosse dado a sujeitos cujo principal sintoma fosse a fadiga com início definido, severa, debilitante (afetando o funcionamento mental e físico), e presente por, no mínimo, seis meses. Excluem-se pacientes com outras condições médicas também produtoras de fadiga: esquizofrênicos e os então denominados maníaco-depressivos, drogadictos, e os com doenças cerebrais.

uma estimativa de 0,1%. O relatório do grupo de trabalho dos Royal Colleges¹⁹ concluiu que a prevalência era de 1% a 2% na população, caindo para 0,1 a 0,7% se os transtornos psiquiátricos fossem excluídos.

A aparente imprecisão na definição da síndrome, levando a números discordantes, parece estar relacionada à dificuldade em delimitar as fronteiras entre o somático e o psíquico, no que tange a essa síndrome específica (e às síndromes funcionais de um modo geral), na medida em que a inclusão ou exclusão de transtornos psiquiátricos muda, substancialmente, os cálculos de prevalência. A fluidez de tais fronteiras é fortalecida pelo fato de, a despeito das insistentes pesquisas e avaliações serológicas, não ter surgido evidência convincente de um vírus responsável ou com papel determinante na patogênese da SFC²⁰.

O fato de marcadores fisiológicos ou achados orgânicos específicos para a SFC não terem sido identificados abre caminho para hipóteses de que essa condição seja, primariamente, um transtorno psiquiátrico como a depressão²¹. É importante lembrar, porém, que a SFC apresenta sintomas não encontrados na depressão, tais como: dores de garganta recorrentes, linfonodos aumentados e febre, o que dificulta um equacionamento total entre esses transtornos. Wessely et al.²², por exemplo, defendem as diferenças entre depressão e SFC. Os pacientes de SFC não se queixam de perda de interesse nas atividades (como na depressão), mas de frustração em não serem capazes de realizá-las. O fato de a SFC não poder ser subsumida ao diagnóstico de depressão não implica, entretanto, que ela não possa ser compreendida pela via da psicopatologia. Ou seja, embora SFC e depressão possam ser vistos como diagnósticos distintos, isso não necessariamente elimina a possibilidade de uma hipótese psicogênica para a SFC.

Quanto ao tratamento, as estratégias são incertas e discutíveis, e envolvem o uso de agentes antivirais, analgésicos, ansiolíticos, antidepressivos, antagonistas do cálcio, suplementos de vitaminas e minerais. O relatório dos Royal Colleges¹⁹ enfatiza a importância de uma abordagem multidisciplinar, da aceitação dos sintomas do paciente e da formação de uma aliança terapêutica com ele. O uso de antidepressivos é aconselhado nos casos em que há um componente relacionado a esse transtorno do humor.

Burnout

As semelhanças entre *burnout* e SFC são também intrigantes, ainda que o primeiro não conste da lista de síndromes funcionais, por ser considerado de origem psicossocial.

O *burnout* surge como objeto científico em 1974, quando o psicanalista norte-americano Herbert Freudenberger descreve um quadro de esgotamento físico e mental ligado ao trabalho de voluntários em uma instituição de assistência a dependentes químicos. A expressão, de uso coloquial (significando algo como extinção, queima), passa então a definir um fenômeno de 'exaurimento de energia' decorrente de expectativas sociais ou individuais inatingíveis²³.

Na mesma época, a psicóloga social Christina Maslach²⁴ utiliza o mesmo termo para designar uma reação semelhante observada em profissionais de cuidados/serviços (os chamados *human services*). Sua definição de *burnout* como uma 'síndrome psicológica em resposta a estressores interpessoais crônicos no trabalho', composta por três dimensões – exaustão emocional (sensação de depleção de recursos físicos e emocionais), despersonalização (reação negativa ou excessivamente distanciada em relação aos clientes) e redução da realização pessoal (sentimentos de incompetência e de perda de produtividade) –, acaba por tornar-se referência²⁵.

A criação do MBI (*Maslach Burnout Inventory*) populariza o conceito na área acadêmica, estendendo a pesquisa a outros campos (notadamente, a saúde ocupacional, além de psicologia organizacional, enfermagem e medicina). Também permite a produção de dados estatísticos em escala internacional, bem como a expansão de sua aplicação às mais diversas categorias profissionais, por meio das versões para trabalhadores da saúde (MBI-HSS – *health services survey*), professores (MBI-ES – *education survey*) e geral (MBI-GS – *general survey*)²⁵.

¹⁰ Para exaustão (ênfase nas manifestações físicas e cognitivas de fadiga, e, menos, o aspecto emocional), cinismo (conduta insensível e desengajada com relação ao trabalho de forma global) e redução da eficácia (sentimentos de ineficiência).

¹¹ *Stress* é o termo usado pelo fisiologista Hans Selye, em 1936, para designar uma 'síndrome geral de adaptação' sofrida pelo corpo para responder às demandas a ele impostas, e tomado por Walter Cannon em suas pesquisas sobre os mecanismos de luta ou fuga (em 1956)²⁷. Posteriormente, foi adotado por teorias psicológicas e do campo da chamada Psicologia do Trabalho, havendo, assim, um deslocamento de seu sentido inicial para outros campos interpretativos.

Com isso, o próprio conceito de *burnout* sofreu reformulações (refletidas na renomeação da tríade dimensional)¹⁰, no sentido de destacar a relação com o trabalho em si – não especificamente com as pessoas com quem se trabalha²⁵. Além disso, conceitos alternativos têm sido propostos, na tentativa de aprimorar ou, mesmo, substituir a noção dominante de Maslach e colaboradores (considerada frágil do ponto de vista teórico-metodológico por alguns pesquisadores)²⁶.

O conceito de *burnout* está estreitamente ligado ao de estresse¹¹, como demonstra o uso recorrente da expressão 'reação ao estresse crônico ocupacional'²⁸ para defini-lo. A exaustão é considerada o núcleo do fenômeno. A despersonalização/cinismo corresponderia, para alguns teóricos, à noção de desengajamento (perda de identificação e desenvolvimento de uma espécie de 'aversão'/rejeição ao trabalho)²⁹, enquanto a realização pessoal tende a ser excluída do conceito²⁸.

Compreendido como uma condição crônica²⁸, sua prevalência varia em função da metodologia e da população estudada, com taxas entre 7% e 17,9% em amostras de população geral ativa³⁰. Tem sido associado a consequências para a saúde física e mental, como: aumento do risco cardiovascular³¹, diabetes tipo 2³², distúrbios musculoesqueléticos³³ e, especialmente, depressão³⁴. Provocaria, ainda, grande impacto socioeconômico, produzindo absenteísmo³⁵ e aposentadoria precoce³⁶, e elevando gastos previdenciários e de saúde.

Burnout e depressão compartilham a queixa de exaustão/fadiga ou baixa energia. Estudos demonstram, no entanto, tratar-se de conceitos distintos, embora frequentemente associados^{34,37}. Comparado à depressão, o *burnout* seria mais restrito ao contexto laboral – pelo menos, no início do quadro (enquanto a depressão atingiria todas as esferas da vida); cursaria com menos perda de peso, inibição psicomotora, sentimentos de culpa e anedonia (o indivíduo com *burnout* é mais capaz de sentir prazer nas atividades, porém não tem energia suficiente para engajar-se nelas); teria a indecisão e a inatividade mais facilmente atribuídas à fadiga do que à própria doença (como fazem, geralmente, os pacientes deprimidos); se associaria à insônia inicial ou intermediária (e não, à insônia terminal, como na depressão típica)³⁷.

Em estágios avançados, o *burnout* pode generalizar-se para além de seu(s) contexto(s) específico(s), tornando-se difícil distingui-lo da depressão clínica. Para explicar a associação entre as duas condições, algumas hipóteses levantadas são a de uma etiologia comum (ligada a antecedentes comuns, como o estresse crônico, ou à vulnerabilidade individual, como neuroticismo)²⁸, podendo o *burnout* ser uma fase precursora da depressão³⁴. Ou haveria um subtipo de *burnout*, qualitativamente semelhante à depressão e com pior prognóstico³⁸. As duas condições poderiam ainda coexistir, levando a uma sintomatologia diferente da de cada síndrome em separado³⁸.

Apesar da tradicional associação²³ a características pessoais de dedicação extrema e autoexigência de desempenho (relacionadas, por sua vez, às atividades de cuidado ou de excessiva responsabilidade), considera-se que os principais determinantes do *burnout* são as más condições do ambiente de trabalho: sobrecarga, pressão de tempo, demandas conflitantes, falta de autonomia e de apoio social, problemas referentes a hierarquia, regras de operação, recursos e distribuição espacial²⁵. Tais condições decorreriam das recentes transformações do mundo do trabalho envolvendo: reestruturação produtiva, demissões em massa, precarização e a exigência crescente de trabalhadores 'polivalentes'.

O *status* nosológico do *burnout* é controverso. Em geral, lida-se com ele de maneira análoga a uma doença: é 'diagnosticado' por meio de um inventário de 'sintomas' (o MBI), e tratado por meio de psicoterapia e/ou medicamentos. O grau de medicalização, entretanto, varia de país para país³⁹. Na Suécia, ele alcançou a condição de transtorno psiquiátrico ('transtorno de exaustão'), codificável como CID-10 F43.8. Na Holanda, utiliza-se a categoria neurastenia, com a especificação 'relacionada ao trabalho' (CID-10 F48.0). Por outro lado, nos EUA, a rejeição ao rótulo/estigma de doença mental é mais forte, optando-se por não transformar o *burnout* em diagnóstico psiquiátrico.

No Brasil, desde 1999, o *burnout* integra a lista de doenças relacionadas ao trabalho do Ministério da Saúde, aí constando como transtorno mental, sob o código CID-10 Z73.0 ('sensação de estar acabado'/'esgotamento')⁴⁰. Apesar disso, permanece pouco reconhecido nos âmbitos previdenciário e médico em geral.

A indefinição do *status* nosológico do *burnout* se reflete na questão de seu tratamento e prevenção. A rigor, não há o que se possa chamar de um tratamento específico para *burnout*. Habitualmente, as intervenções visam o controle do estresse ocupacional de forma geral, podendo ser orientadas para: o indivíduo (psicoterapia cognitivo-comportamental, exercícios de relaxamento, *counseling*, apoio social); a organização do trabalho (reestruturação de processo de trabalho, avaliações de desempenho, readequação de turnos); ou combinadas (para promover um ajustamento entre indivíduo e organização)⁴¹. Há, também, a reabilitação profissional, cujo objetivo é manter a capacidade laborativa, geralmente por meio do aumento da resistência individual aos estressores ocupacionais⁴². Porém, ainda há poucos estudos sobre este tópico. Nossa impressão, baseada em análise superficial da literatura internacional e em conhecimento da experiência clínica brasileira, é de que a preferência tem recaído sobre a psicoterapia individual ou de grupo.

Discussão

SFC e *burnout* são diagnósticos que, dirigidos para uma queixa semelhante (cansaço extremo cuja etiologia é contestada, no caso do primeiro, ou vista como psicossocial, no caso do segundo), convertem-se facilmente em objeto de controvérsias. Aproximam-se do universo psiquiátrico, confundindo-se, às vezes, com o diagnóstico de depressão. Mas essa aproximação se dá a partir de campos opostos: o *burnout* nasce como um diagnóstico psicossocial, e a SFC como um diagnóstico médico, permanecendo como condições pertencentes à CID (Classificação Internacional de Doenças), mas não ao DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). De qualquer modo, ambos habitam esse espaço um tanto confuso em que se busca delimitar a distinção entre as perturbações classificadas como somáticas e aquelas classificadas como psíquicas.

A confusão em torno dos diagnósticos de fadiga se reflete em suas diferentes inserções em vários sistemas classificatórios (não apenas CID e DSM, mas, também, sistemas locais de registro de doenças – para fins previdenciários, por exemplo)⁴³. Assim, a CID-10 permite classificar a SFC como transtorno neurológico, na categoria correspondente à encefalite miálgica ou 'síndrome de fadiga pós-viral' (G93.3), ao mesmo tempo em que a considera, sob a expressão 'síndrome de fadiga', como sinônimo de neurastenia (F48.0), o que possibilita seu enquadramento como transtorno mental. Há, ainda, a rubrica R53 ('mal-estar e fadiga') que, usada para descrever afecções mal definidas de etiologia desconhecida, também é, por vezes, indicada como possível código para SFC⁴⁴.

Já o *burnout*, apesar de representar, na CID-10, um 'problema que leva ao contato com serviços de saúde' (código Z) – e não, uma doença propriamente dita –, foi equiparado a transtorno mental em alguns países europeus. O que se vê, nesses casos, é um uso local da CID-10, adaptado em função de necessidades sociais e de determinadas visões culturais sobre o adoecimento, podendo refletir, ainda, uma maior legitimidade social dos transtornos mentais.

Por sua vez, o DSM não menciona nem SFC, nem *burnout*. Observe-se, entretanto, que a impossibilidade do reconhecimento como transtorno psiquiátrico é oficial, mas, também, social, na medida em que parece estar relacionada à questão do estigma da doença mental.

A partir das reflexões de Greco⁴⁵, assinalamos dois pontos relevantes no que tange ao peso moral da distinção somático x psíquico. A autora chama atenção para o *status* hierárquico inferior das condições sem origem orgânica clara, indicando que, nesses casos, elas perpetuam o estigma da doença mental. A 'doença do corpo' se diferenciou da 'da mente' pela irrelevância da dimensão volicional na compreensão da primeira, e pela centralidade dela na segunda. Disso decorre que a doença com etiologia incerta ou cuja etiologia é psicossocial seja compreendida como um problema moral do sofredor e inteiramente de sua responsabilidade.

Outro ponto destacado pela autora é a emergência, na segunda metade do século XIX, de práticas de seguro e indenização relacionadas aos perigos do trabalho e da indústria, o que provocou uma mudança na percepção da saúde daquele que trabalha como uma condição crucial tanto para a participação social (por parte dos trabalhadores) quanto para a obtenção de lucro/produktividade (por parte dos empregadores). Por outro lado, fez surgir a ideia de que a doença pode constituir uma oportunidade de deserção moralmente disfarçada e impune da função legitimada para cada um na sociedade, que é, sobretudo, o trabalho.

O conceito de doença centrado no mecanismo biológico torna-se, assim, o princípio de realidade que servirá para discriminar entre uma necessidade genuína de cuidado e uma demanda injustificada (caso da simulação). A presença objetiva de um achado no corpo é considerada prova de que as desvantagens de uma dada condição clínica são maiores do que as vantagens que podem derivar dela (relativas à ausência/licença do trabalho). Constitui, assim, ferramenta para desconsiderar o ponto de vista motivacional, tornando patológica – mais do que desviante – a condição existente.

Ainda que este artigo não se proponha a analisar exaustivamente o campo da sociologia do trabalho, sustentamos a hipótese de uma relação de ambas as categorias aqui tratadas com as formas de relação de produção e as exigências do mundo do trabalho. A percepção de (in)capacidade laborativa é uma dimensão do reconhecimento social, tanto da SFC quanto do *burnout* – mesmo que a referência ao trabalho pareça, inicialmente, distingui-los. Aqui cabe ressaltar o aspecto da distribuição geográfica diferencial das duas categorias. *Burnout* tem mais sucesso em países europeus adeptos dos modelos de bem-estar social, onde a população percebe o Estado como provedor de bem-estar e há uma forte noção de proteção ao trabalho e a possíveis dificuldades do trabalhador. Neste contexto, as causas '(psico)sociais' para a incapacidade são mais aceitáveis. SFC parece ter mais sucesso nos EUA, onde a ideia de leis de proteção ao trabalho e ao trabalhador é fraca, e se enfatiza o 'empreendedorismo' dos indivíduos e sua capacidade de sobreviver sem a ajuda do Estado. Uma doença orgânica, que desculpabiliza o sujeito, pode assim ser vista como uma explicação mais legítima para o 'fracasso pessoal'.

O contexto sociocultural de emergência de cada uma das categorias – enquanto explicação para um sintoma semelhante – pode ser entendido segundo duas perspectivas: uma mais imediata (alguns anos ou décadas) e outra mais ampla, de longo prazo (várias décadas ou séculos).

No primeiro caso, uma pequena, porém significativa, defasagem temporal irá, acreditamos, produzir uma importante diferença no modo como cada categoria se difunde.

A SFC surge no âmbito da medicina e do raciocínio biológico nos anos 1980, associada a quadros supostamente pós-infecciosos. Nessa década, importantes transformações socioculturais ocorrem nos países desenvolvidos (em especial, o mundo anglo-saxão). De um lado, a razão biológica parece ganhar, cada vez mais, força em detrimento de explicações psicológicas para os transtornos humanos. De outro, o mundo do trabalho passa por transformações que vão, pouco a pouco, mudar sua face.

Aronowitz⁴⁶ analisa a emergência da SFC como relacionada a uma 'disponibilidade cultural' após os antecedentes da pólio atípica e da encefalite miálgica, resultando numa percepção/consciência aumentada para a doença. Entre os 'determinantes não biológicos' dessa construção de doença, destacam-se: as 'crenças e atitudes leigas e médicas' (a ideia da desregulação do sistema imune, que, por sua vez, é provocada pelo estresse, assim "provendo um elo pseudobiológico entre um vírus incitante, eventos vitais e doença")⁴⁶ (p. 165); e as 'relações ecológicas', i.e., a interdependência entre doenças proeminentes em determinada época e lugar (no caso, a epidemia de aids, também viral, também afetando o sistema imune, e também atacando grupos sociais específicos e sujeitos a

estigma). Em outros termos, o diagnóstico de SFC organiza e procura atribuir sentido a um conjunto de sintomas díspares e fracamente interligados, em um momento em que as noções de fraqueza imunológica e infecções virais atípicas ganham espaço tanto no imaginário médico quanto no imaginário do público leigo de modo geral. Ao mesmo tempo, aponta para a leitura orgânica de perturbações que, por suas características, poderiam ser consideradas psicológicas.

Já o *burnout* emerge no campo da psicologia – e em referência direta aos profissionais dos *human services* – em um contexto sociocultural inteiramente diverso. Schaufeli et al.³⁹ identificam, nos Estados Unidos da década de 1960, as raízes do fenômeno que, na década seguinte, veio a ser conhecido como *burnout*. Os anos 1960 são marcados pelo surgimento da contracultura, pela intensificação do ativismo social, e, também, por um maior foco governamental no serviço público e no combate à pobreza. Tudo isso levou as profissões de cuidado a uma maior preocupação com questões de cidadania e liberdade individual, e a um maior idealismo profissional. Na década de 1970, segue-se uma forte frustração nesses meios profissionais, devido à não-concretização dos ideais libertários então valorizados. Ao mesmo tempo, este também é um momento de contestação das instituições em geral (e da instituição médica em particular). Esse fato, associado a importantes mudanças nas profissões de cuidado (da ênfase na vocação para a burocratização/gestão 'técnica' da atividade profissional), acabará levando à perda de prestígio social e ao desencantamento com a profissão. O *burnout* teria aparecido em meio a esse contexto de intensa ebulição, entre profissionais das chamadas *free clinics*⁽⁴⁾, como uma espécie de reação a essa frustração.

Os ideais que moveram tais expectativas teriam propiciado, aos profissionais do cuidado, maior abertura para explicações psicológicas e sociais de seus (próprios) problemas de saúde³⁹. Ao lado disso, uma transformação na perspectiva científica relativa aos transtornos mentais teria ajudado – de forma aparentemente paradoxal – a fortalecer o enfoque psicossocial. Especificamente no campo das doenças ocupacionais, Leone et al.⁴³ apontam a mudança de uma visão 'culpabilizante' – representada pela noção de neurose – da doença profissional (considerada como causada exclusivamente pelo temperamento e personalidade individuais) para uma visão que admite fatores externos ao indivíduo (como o ambiente de trabalho) como causa de adoecimento psíquico. Tal mudança teria se dado a partir da introdução da categoria 'transtorno de estresse pós-traumático' (TEPT) no DSM-III, em 1980. Assim, é o TEPT – e o abandono da noção de neurose – que torna possível atribuir o adoecimento mental a algo originalmente exterior ao sujeito⁽⁵⁾.

O abandono da noção de neurose em favor da noção de estresse (traumático) acabaria, também, por favorecer o uso civil de uma "nova concepção de vítima: vítimas de atentados, [...] estupros, [...] agressão, mas também assalariados traumatizados no contexto de seu trabalho"⁵⁰ (p. 127). Teria havido, então, uma abertura para as explicações ambientais (manifestadas na organização do trabalho) na mesma época em que o *burnout* se popularizava no meio acadêmico.

Na perspectiva de longo prazo, os dois fenômenos podem ser vistos como resultantes de uma intensificação do processo de individualização, com duas vertentes: biologizante (SFC) e psicologizante (*burnout*).

A exacerbação de uma compreensão individualista do mundo é o pano de fundo cultural que leva, progressivamente, à crença de que o fracasso ou o

⁽⁴⁾ Organizações privadas, sem fins lucrativos, que oferecem serviços básicos de saúde a pacientes não segurados nos EUA, prestados por médicos voluntários (em geral), gratuitamente ou a baixo custo. Sua origem remete a 1967, quando da fundação da Haight Ashbury Free Medical Clinic, em São Francisco (Califórnia), por iniciativa do médico David Smith, cujo intuito era prestar assistência aos muitos jovens que se concentraram nesta cidade no contexto do movimento *hippie*⁴⁷.

⁽⁵⁾ Há quem objete a relação desses transtornos relacionados à fadiga com o TEPT. Essa é uma associação, a nosso ver, equivocada, já que os sintomas desse último passam ao largo da fadiga e indicam o que se tem chamado de tríade psicopatológica em resposta ao evento traumático previamente vivenciado, qual seja, a reexperimentação do evento traumático, a evitação de possíveis estímulos associados a ele e a presença de hiperestimulação autonômica⁴⁸. O ponto em comum – que não nos permite, contudo, colocar as classificações tratadas no artigo em série com o TEPT – é a condição controversa das três classificações. Sobre esse ponto, há que se ressaltar o trabalho de Young⁴⁹ em reconstruir com detalhes o trabalho da construção desses 'achados fidedignos' em grupos de pesquisa internacionais que buscam biomarcadores do TEPT. Nesse sentido, a busca por uma 'coisa epistemológica' – no caso do TEPT, o hipocortisolismo – tem a utilidade de justificar e legitimar os sintomas sem lesão, sendo essa busca o principal ponto de contato com as categorias aqui analisadas.

sucesso pessoal se devem, exclusivamente, à responsabilidade e ao esforço do indivíduo. Ao mesmo tempo, uma série de mudanças sociais no mundo do trabalho ocorridas nas duas últimas décadas do século XX – o rápido declínio de algumas atividades tradicionais, com a ascensão de outras que apontam para novas possibilidades de enriquecimento individual e para uma concorrência exacerbada pelos novos postos e pela boa remuneração – refletem-se, nas grandes empresas, em novas exigências de flexibilidade e criatividade no enfrentamento de problemas. A ênfase no ‘talento’ do indivíduo para adaptar-se às novas demandas, valorizando sua autonomia e individualidade, oculta o caráter social e coercitivo das mesmas.

Se, por um lado, cria-se um meio extremamente propício para que o mal-estar seja compreendido por meio de uma explicação viral ou somática – como no caso da SFC, florescente em meios sociais que valorizam muito a autonomia pessoal –, por outro lado, mesmo entre o ‘público’ dos profissionais de cuidado/serviços – que admitem mais facilmente a existência de coerções sociais e interdependências⁵¹ – a abordagem dita psicossocial parece oscilar entre um polo mais próximo à ideia de causalidade social das perturbações e outro polo em que o ‘psicológico’ se sobrepõe como determinante, devendo o indivíduo aprender a dominar suas emoções para não adoecer (mas, também, para se manter como um ‘bom’ trabalhador, i.e., aquele que responde adequadamente às exigências desse novo mundo do trabalho). É nesse sentido que alguns pesquisadores franceses da sociologia do trabalho (como Marc Loriol, Valérie Boussard, Marie Buscatto) veem no *burnout* um caso de ‘psicologização’ das questões laborais, constituindo-se em uma outra forma de individualização, calcada na ênfase na ‘singularidade’ (o ‘eu’ íntimo, autêntico, revelado por meio do trabalho) e no desenvolvimento de uma moral do florescimento (*épanouissement*) pessoal⁵².

A noção de estresse tem promovido, cada vez mais, uma linguagem comum entre a ‘biologização’ representada pela SFC e a ‘psicologização’ do *burnout*.

Estresse é uma categoria suficientemente difusa para se prestar aos dois tipos de leitura: é mais psicológica que um vírus, ao mesmo tempo em que parece menos mental (e, portanto, mais física) que desejos inconscientes ou frustração, comportando tanto novos modelos fisiológicos (carga alostática, teoria da ativação cognitiva)⁵³, quanto velhos modelos psicossociais. Seu sentido de origem vincula-a ao *stress* propriamente físico ou material (alusivo à força capaz de deformar um corpo), sendo o sentido mais psicológico e médico secundário a esse primeiro. Tanto circula no senso comum, para explicar perturbações humanas do cotidiano, quanto em discussões acadêmicas. Logo, é facilmente compreensível por quem a utiliza, mas, talvez por isso mesmo, pouco precisa. Essa imprecisão torna-a uma categoria interessante para ser utilizada nesse espaço intermediário (e, também, pouco preciso) entre o somático e o psíquico.

É necessário, contudo, acrescentar uma terceira dimensão a esse espaço intermediário: o social. O caso do *burnout*, cuja relação com o ambiente laboral é crucial, evidencia a existência de fronteiras fluidas e pouco definidas não apenas entre o somático e o psíquico, mas, também, entre essas duas esferas e a dimensão social. O estresse, então, pode ser pensado como um produto do ambiente (pressões e coerções sociais) que gera efeitos psicológicos e físicos importantes. É uma categoria, neste sentido, que pode dar conta da circulação entre essas três dimensões, sendo assim, por excelência, ‘biopsicossocial’. Ao mesmo tempo, os novos modelos fisiológicos do estresse permitem sua aproximação a síndromes funcionais, como a SFC, por meio do denominador comum das “queixas subjetivas de saúde”⁵³ (p. 445).

Finalizamos assinalando que, na comparação entre as duas categorias diagnósticas, algumas questões importantes se cruzam: a oposição e/ou complementaridade entre uma visão biológica e outra psicossocial, das perturbações; o contexto sociocultural de emergência de diferentes categorias diagnósticas; e, por fim, a estruturação sociopolítica do mundo do trabalho. Reconhecemos que um tema importante – a relevância do trabalho como fonte de estruturação da subjetividade moderna e contemporânea – não foi abordado aqui. Nossa pretensão, entretanto, não foi a de esgotar a discussão acerca das duas categorias, buscando tão somente fornecer subsídios para estudos posteriores, em especial, estudos sobre seu uso (ou a ausência dele) em nosso país.

Colaboradores

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

Referências

1. Brown P. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. *J Health Soc Behav.* 1995; 35 Spec N:34-52.
2. Jutel A. Classification, diagnosis and disease. *Perspect Biol Med.* 2011; 54(2):189-205.
3. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn.* 1982; 4(2):167-82.
4. Charmaz K. Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociol Health Illn.* 1983; 5(2):168-95.
5. Williams G. The genesis of chronic illness: narrative reconstruction. *Sociol Health Illn.* 1984; 6(2):175-200.
6. Tekin S. The missing self in Hacking's looping effects. In: Kincaid H, Sullivan JA, editors. *Classifying psychopathology: mental kinds and natural kinds.* Massachusetts: MIT Press; 2014. p. 227-56.
7. Conrad P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders.* Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
8. Dumit J. *Drugs for life: how pharmaceutical companies define our health.* Durham: Duke University Press; 2012.
9. Zorzaneli RT. A fadiga e seus transtornos: condições de possibilidade, ascensão e queda da neurastenia novecentista. *Hist Cienc Saude - Manguinhos.* 2009; 16(3):605-20.
10. Barsky A, Borus J. Functional somatic syndromes. *Ann Intern Med.* 1999; 130(11):910-21.
11. Dumit J. Illnesses you have to fight to get: facts as forces in uncertain, emergent illnesses. *Soc Sci Med.* 2006; 62(3):577-90.
12. Wessely S. Neurasthenia and fatigue syndromes: clinical section. In: Berrios GE, Porter R, editors. *A history of clinical psychiatry: the origins and history of psychiatry disorders.* London: Athlone; 1995. p. 509-32.
13. Fukuda K, Straus S, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med.* 1994; 121(12):953-9.
14. Holmes GP, Kaplan J, Nelson MG, Komaroff AL, Schonberger LB, Straus SE. Chronic fatigue syndrome: a working case definition. *Ann Intern Med.* 1988; 108(3):387-89.
15. Abbey S, Garfinkel, P. Neurasthenia and Chronic Fatigue Syndrome: the role of culture in the making of diagnosis. *Am J Psychiatry.* 1991; 148(12):1638-46.
16. Joyce J, Hotopf M, Wessely S. The prognosis of chronic fatigue and chronic fatigue syndrome: a systematic review. *Q J Med.* 1997; 90(3):223-33.
17. Prins J, van der Meer J, Bleijenberg G. Chronic fatigue syndrome. *Lancet.* 2006; 367(9507):346-55.
18. Sharpe MC, Archard LC, Banatvala JE, Borysiewicz LK, Clare AW, David A, et al. A report – chronic fatigue syndrome: guidelines for research. *J R Soc Med.* 1991; 84(2):118-21.
19. Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists, Royal College of General Practitioners. *Chronic Fatigue Syndrome: report of a joint working group of the Royal Colleges of Physicians, Psychiatrists and General Practitioners.* London: Royal College of Physicians Publication Unit; 1996. (Council Report CR54).

20. Komaroff A, Goldenberg D. The chronic fatigue syndrome definition, current studies and lessons for fibromyalgia research. *J Rheumatol Suppl.* 1989; 19:23-7.
21. Afari N, Buchwald D. Chronic fatigue syndrome: a review. *Am J Psychiatr.* 2003; 60(2):221-36.
22. Wessely S, Hotopf M, Sharpe M. *Chronic fatigue syndrome and its syndromes.* New York: Oxford University Press; 1998.
23. Freudenberger HJ. Staff burnout. *J Soc Issues.* 1974; 30(1):159-65.
24. Maslach C. Burned-out. *Hum Behav.* 1976; 5(9):16-22.
25. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001; 52:397-422.
26. Vieira I. Conceito(s) de burnout: questões atuais da pesquisa e a contribuição da clínica. *Rev Bras Saude Ocup.* 2010; 35(122):269-76.
27. Selye H. *Stress, a tensão da vida.* São Paulo: Ibrasa – Instituição Brasileira de Difusão Cultural; 1959.
28. Shirom A, Melamed S, Toker S, Berliner S, Shapira I. Burnout, mental and physical health: a review of the evidence and a proposed explanatory model. *Int Rev Ind Organ Psychol.* 2005; 20:269-309.
29. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A. The convergent validity of two burnout instruments: a multitrait-multimethod analysis. *Eur J Psychol Assess.* 2003; 19(1):12-23.
30. Lindblom K, Linton S, Fedeli C, Bryngelsson I. Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *Int J Behav Med.* 2006; 13(1):51-9.
31. Toker S, Melamed S, Berliner S, Zeltser D, Shapira I. Burnout and risk of coronary heart disease: a prospective study of 8838 employees. *Psychosom Med.* 2012; 74(8):840-7.
32. Melamed S, Shirom A, Toker S, Shapira I. Burnout and risk of type 2 diabetes: a prospective study of apparently healthy employed persons. *Psychosom Med.* 2006; 68(6):863-9.
33. Armon G, Melamed S, Shirom A, Shapira I. Elevated burnout predicts the onset of musculoskeletal pain among apparently healthy employees. *J Occup Health Psychol.* 2010; 15(4):399-408.
34. Ahola K, Honkonen T, Isometsä E, Kalimo R, Nykyri E, Aromaa A, et al. The relationship between job related burnout and depressive disorders: results from the Finnish Health 2000 Study. *J Affect Disord.* 2005; 88(1):55-62.
35. Ahola K, Kivimäki M, Honkonen T, Virtanen T, Koskinen S, Vahtera J, et al. Occupational burnout and medically certified sickness absence: a population-based study of Finnish employees. *J Psychosom Res.* 2008; 64(2):185-93.
36. Weber A, Weltle D, Lederer P. Ill health and early retirement among school principals in Bavaria. *Int Arch Occup Environ Health.* 2005; 78(4):325-31.
37. Brenninkmeyer V, van Yperen NW, Buunk BP. Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? *Pers Individ Dif.* 2001; 30(5):873-80.
38. Iacovides A, Fountoulakis KN, Kaprinis S, Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord.* 2003; 75(3):209-21.
39. Schaufeli WB, Leiter MP, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev Int.* 2009; 14(3):204-20.
40. Portaria nº 1.339/GM/MS, de 18 de novembro de 1999. Institui a Lista de doenças relacionadas ao trabalho. *Diário Oficial da União.* 19 Nov 1999.

41. Awa W, Plaumann M, Walter U. Burnout prevention: a review of intervention programs. *Patient Educ Couns.* 2010; 78(2):184-90.
42. Hättinen M, Kinnunen U, Mäkikangas A, Kalimo R, Tolvanen A, Pekkonen M. Burnout during a long-term rehabilitation: comparing low burnout, high burnout – benefited, and high burnout – not benefited trajectories. *Anxiety Stress Coping.* 2009; 22(3):341-60.
43. Leone SS, Wessely S, Huibers MJ, Knottnerus JA, Kant I. Two sides of the same coin? On the history and phenomenology of chronic fatigue and burnout. *Psychol Health.* 2011; 26(4):449-64.
44. Sadock BJ, Sadock VA, organizadores. Chronic fatigue syndrome and neurasthenia. In: Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 9a ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 661-7.
45. Greco M. Psychosomatic subjects and the "duty to be well": personal agency within medical rationality. *Econ Soc.* 1993; 22(3):357-72.
46. Aronowitz RA. From myalgic encephalitis to yuppie flu: a history of chronic fatigue syndromes. In: Rosenberg C, Golden J, editors. Framing disease: studies in cultural history. New Jersey: Rutgers University Press; 1992. p. 155-81.
47. Weiss GL. Grassroots medicine: the story of America's free health clinics. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers; 2006.
48. Figueira I, Mendlowicz M. Diagnóstico do transtorno de estresse pós-traumático. *Rev Bras Psiquiatr.* 2003; 25 Supl 1:512-6.
49. Young A. Our traumatic neurosis. *Sci Context.* 2001; 14(4):661-83.
50. Lorient M. La construction du social: souffrance, travail et catégorisation des usagers dans l'action publique. Rennes: Presses Universitaires de Rennes; 2012.
51. Lorient M. Le temps de la fatigue: la gestion sociale du mal-être au travail. Paris: Anthropos; 2000.
52. Lorient M. Les ressorts de la psychologisation des difficultés au travail. Une comparaison entre infirmières, policiers et conducteurs de bus. *Cah Rech Sociol.* 2005; (41-42):191-208.
53. Eriksen HR, Ursin H. Subjective health complaints, sensitization, and sustained cognitive activation (stress). *J Psychosom Res.* 2004; 56(4):445-8.

Zorzanelli R, Vieira I, Russo JA. Diversos nombres para el cansancio: categorías emergentes y su relación con el mundo del trabajo. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(56):77-88.

El objetivo de este artículo es explorar, desde el punto de vista sociocultural, la emergencia de dos entidades clínicas entre 1970 y 1980 que, en el campo de la clínica general y de los saberes psi, dan nombre a cuadros centrados en el síntoma de la fatiga: el síndrome de la fatiga crónica (CID-10 G93.3) y el burnout (CID-10 Z73.0). Pretendemos, después de una breve presentación de ambas, analizar el surgimiento de esas categorías, para indicar el cansancio y el agotamiento como síntomas que hay que tratar médicamente y explorar los puntos de aproximación y de separación entre ellas.

Palabras clave: Fatiga. Síndrome de la fatiga crónica. Agotamiento profesional. Trabajo. Sociología médica.

Recebido em 31/03/15. Aprovado em 11/08/15.

Narrativas em saúde:

refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS)

Daniela Koeller Rodrigues Vieira^(a)
César Augusto Orazen Favoreto^(b)

Vieira DKR, Favoreto CAO. Narratives on health: reflections on care for people with disabilities and genetic disease within the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):89-98.

The factors that influence effective healthcare for people with disabilities and genetic diseases within SUS include the presence of stigma, relationships marked by biomedical power and institutional violence. This paper aims to discuss the issues that run through this care, guided by narratives on this author's experiences of caring for children and families. This text was written in essay format and discusses the issues surrounding healthcare and benefits, within the context of practices driven by biomedicine and biopower. The narratives reveal the transforming capacity of affection and additional potential of meetings, marked by circuits of benefits and guided by construction of interpersonal relationships between professionals and service users that promote new spaces and forms of healthcare.

Keywords: Comprehensive Health Care. Narrative. Medical genetics. Disabled people.

Dentre os fatores que interferem para um cuidado efetivo à saúde de pessoas com deficiência e doenças genéticas no SUS, incluem-se: a presença de estigmas, de relações marcadas pelo poder biomédico e pela violência institucional. O objetivo deste artigo é discutir as questões que atravessam esse cuidado, utilizando, como fio condutor, narrativas de experiências vividas pela autora no cuidado a crianças e famílias. Escrito no formato de ensaio, este texto discute as questões envolvendo o cuidado à saúde e a dádiva no contexto de práticas orientadas pela biomedicina e pelo biopoder. As narrativas revelam a capacidade de transformação de afetos e potencialização de encontros, marcados por circuitos de dádiva e pautados pela construção de relações intersubjetivas entre profissionais e usuários dos serviços que promovem novos espaços e formas de cuidado à saúde.

Palavras-chave: Atenção Integral à Saúde. Narrativa. Genética médica. Pessoas com deficiência.

^(a) Departamento de Genética Médica, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Av. Rui Barbosa, 716 - bloco C, 2o andar, Flamengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22250-020. daniela.vieira@iff.fiocruz.br
^(b) Departamento de Medicina Integral, Familiar e Comunitária, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. cesarfavoreto@globo.com

Introdução

A Política Nacional de saúde da pessoa com deficiência¹ estabeleceu as diretrizes de cuidado para a atenção integral à saúde de pessoas com deficiência no SUS. Em 2014, o Ministério da Saúde publicou a Política Nacional de Doenças Raras², que define e organiza o cuidado à saúde de pessoas com doenças raras, consideradas aquelas que afetam até 1,3 pessoas para cada dois mil indivíduos. A organização deste cuidado, em seu primeiro eixo, é composta pelas doenças raras de origem genética, incluindo: anomalias congênitas ou de manifestação tardia, deficiência intelectual e erros inatos do metabolismo².

Apesar das diretrizes já definidas por tais políticas, a assistência à saúde de pessoas com deficiências ou doenças genéticas em serviços de atenção primária e em ambulatórios especializados suscita alguns questionamentos sobre o cuidado à saúde que vem sendo prestado a esse público.

Este artigo pretende discutir algumas questões que atravessam a forma como estabelecemos o cuidado à saúde de pessoas com deficiência e doenças genéticas. São apresentados três casos que foram construídos a partir da síntese de experiência da autora com grupos de apoio a famílias de pessoas com deficiências e doenças genéticas reunidas em atividades na rede pública de saúde. Com eles, busca-se criar uma identificação com a experiência dos leitores e facilitar e contextualizar a discussão conceitual.

Os casos foram apresentados no formato de narrativas que se constituíram como fio condutor deste ensaio. A recuperação dessas narrativas permitiu à autora realizar a síntese de vivências individuais com o contexto social e médico que traduzissem sua afetação e ampliassem a reflexão diante dos relatos das famílias.

Narrar é uma das formas de trazer o passado ao presente e possibilitar novas interpretações do vivido. Esta forma linguística pressupõe a existência de um ouvinte e daquele que conta sua história, com suas visões de mundo³. Uma narrativa permite a quem ouve reinterpretar a história a seu modo. Possibilita, também, a integração dialógica entre sujeitos, contextos e ideologias⁴. Por exemplo, viabiliza: a tomada de consciência, construção de sentidos para as situações vividas, a expressão do sofrimento, o estabelecimento de espaços de encontro e trocas, de caráter dinâmico e interativo. Como um caleidoscópio, as narrativas permitem não só a escuta individual das histórias das pessoas, mas refletem, também: os contextos de produção das mesmas, as representações sociais a respeito do tema, os discursos oficiais, e toda a diversidade de significados presentes no relato.

O tema das narrativas em saúde vem sendo discutido por diversos autores, na perspectiva de seu uso como instrumento potencializador e enriquecedor da prática clínica. Como uma resposta às transformações na prática médica disparadas pela Medicina Baseada na Evidência, a proposta da Medicina Baseada na Narrativa (MBN) surge na década de 1990, e discute, a partir de um paradigma interpretativo, a importância da experiência do paciente sobre o adoecer e o encontro clínico para o estabelecimento de um cuidado adequado à saúde⁴.

No entanto, o uso das narrativas nesse ensaio, embora reconhecendo e incorporando as ideias propostas pela MBN, pretende acrescentar a esta discussão alguns aspectos que influenciam o cuidado à saúde de pessoas com deficiência ou doenças genéticas, dentre elas: a questão do estigma, do biopoder e da violência institucional. Por outro lado, propõe-se que o estabelecimento de circuitos de dádiva nas relações humanas na saúde pode modificar as formas como realizamos este cuidado.

Segundo Deleuze⁵, escrever é uma tarefa de saúde e o escritor é médico de si próprio e do mundo. A fabulação que se produz na literatura é fonte de transformação, de devires, de potências de vida. O desafio posto neste texto diz respeito a exercitar a possibilidade de se discutir sobre o cuidado à saúde de pessoas com deficiência ou doenças genéticas, a partir de suas narrativas e de seus familiares. Este relato de experiência busca analisar como as grandes narrativas, como a biomedicina, atravessam: as histórias singulares em seus contextos de formação e reprodução, as experiências das pessoas e o desenvolvimento da atenção que é proposta no âmbito da organização da política, dos serviços e das equipes.

Contando histórias para contar outra história sobre a biomedicina e o biopoder

Os avanços tecnocientíficos geraram um aumento na sobrevivência de crianças e adolescentes com doenças crônicas e graves, causadas por nascimento prematuro, doenças genéticas ou malformações congênitas. Com isso, nos deparamos com diversas questões que afetam nossa atuação enquanto profissionais de saúde.

A primeira delas é o estigma. Segundo Goffman⁶, um estigma é um sinal ou marca que torna visível, a todas as outras pessoas, uma característica extraordinária em um indivíduo, o separa dos outros e é entendido como um sinal depreciativo. No entanto, não é a marca em si mesma que constitui o estigma, mas a relação que se constrói entre esta marca num indivíduo e os outros. Isso permite que uma mesma marca possa ser vista de forma distinta nas diferentes situações e relações, o que permite entender as variadas reações dos profissionais em cada situação.

Num caso como a história de Luis, o estigma pode ser evidenciado.

“Luís era um menino que quase não se movia porque tinha paralisia cerebral. O olhar era vivo, mas ele tinha dificuldade pra fixá-lo nalgum lugar. Seus bracinhos e pernas estavam rígidos e ele era muito magro. A mãe levou-o ao pronto-socorro com aquela tosse e falta de ar, mas a doutora a recebeu, naquele domingo à noite, dizendo que nada podia fazer, já que ali só atendiam emergências e aquele era um caso especializado... Aliás, já não haviam dito a ela que essas crianças não se criam? Melhor esclarecer logo ali, porque se houvesse sobrevivido, seria assim desse jeito desgraçado e sem qualquer qualidade. Ao ouvir aquilo, os olhos daquela mãe encheram-se de lágrimas. Pois não havia ido ali, justamente pra salvar seu filho, pra dar-lhe ar e um tratamento praquela tosse? Engoliu em seco, enxugou suas lágrimas e olhou nos olhos de seu filho, espelhos da alma, e soube o que fazer. Fingiu não ter ouvido todos aqueles horríveis prognósticos e insistiu com a doutora pra atender o menino”.

Pacientes como Luís já chegam à unidade de saúde marcados por tal estigma, visível por sua aparência e comportamento diferentes, por anormalidades físicas e presença de equipamentos ou tecnologias de apoio à vida, como, por exemplo, as gastrostomias e traqueostomias. Essa marca, que é carregada por toda a vida, é imediatamente reconhecida pelos profissionais, que, muitas vezes, não se sentem “aptos” ou “preparados” para lidar com tais diferenças e com as condições de vida produzidas por elas. Assim, a presença do estigma físico foi suficiente para que a criança e sua mãe fossem consideradas “não apropriadas” para serem atendidas naquele serviço, inclusive, com a ressalva de que aquela condição levaria à morte.

O estigma está envolvido em valores e num discurso construído no bojo do paradigma biocentrado. Se, por um lado, o desenvolvimento tecnocientífico cria novas condições e formas de vida, por outro, a visão biologicista e mecanicista exclui aspectos da experiência, dos afetos e da construção de significados, ao lidar com pessoas envolvidas nestas condições de existência e de relação intersubjetiva.

O poder, segundo Foucault⁷, é uma prática social historicamente construída. As estratégias de poder que operam na sociedade atual estão calcadas no âmbito biológico, e, a partir deste, são exercidas as estratégias de controle da sociedade capitalista em que vivemos, por meio de uma rede de dispositivos à qual estamos todos expostos⁷. Além disso, o poder não é constituído apenas por dispositivos repressivos, mas, também, é produtor de individualidades e de discursos. O mundo é constituído, em seus espaços – como a família, a unidade de saúde, dentre outros –, de um corpo social que é atravessado e normalizado continuamente por uma forma contínua de poder, que se exerce em rede e circula entre os indivíduos e grupos, numa relação de forças, como uma guerra contínua entre dois polos⁷.

No caso das relações no campo da saúde, o poder biomédico se estabelece por meio do saber técnico e da transformação do outro num objeto das ações médicas e encontros pautados pelo exercício do poder disciplinar. A medicina é uma das áreas em que melhor foi estabelecido e conjugado um poder disciplinar, normalizador, no qual a permuta entre mecanismos disciplinares e o direito são mais claramente observáveis⁷.

Seguindo essa linha de raciocínio, a biopolítica pretende definir quais mecanismos, intervenções e definições são mais adequados e desejáveis em relação às questões relacionadas à vitalidade e morbidade das populações, para se alcançar os melhores resultados. Estes conceitos são uma forma de explicar por que, nos dias atuais, os profissionais sentem-se legitimados pelo conhecimento biomédico, pelo poder disciplinar da biomedicina; e as famílias e pacientes submetem-se às decisões unilaterais para encontrar algum tipo de acesso ao tratamento de saúde. Tal quadro, associado à escassez de recursos na área da saúde, é capaz de gerar muito sofrimento, para todos os envolvidos, inclusive, profissionais de saúde que necessitam decidir sobre os cuidados e tratamentos oferecidos.

As relações entre determinismo e probabilidade, legitimados pelo conhecimento científico, evidenciam o que Castiel⁸ chamou de epidemiopoder, que pretende alcançar a saúde e vida nas populações. Na atualidade, são os conhecimentos de base epidemiológica que determinam o que vamos defender como comportamentos saudáveis, as formas que usamos para promover a saúde das populações sob nosso cuidado⁸. Sob essa ótica, não é despropositado o estranhamento do profissional de saúde que recebe um paciente que sobreviveu a intercorrência neonatal grave ou a doença genética, que foge ao esperado pelas estatísticas da saúde. Pensar sobre isso nos faz ver como as ideias sobre o futuro de pacientes com doenças crônicas e graves, muitas vezes dependentes de tecnologia para sobreviver, são afetadas diretamente pela forma como as relações de poder estão socialmente estabelecidas e pelos conhecimentos legitimados pelo biopoder/epidemiopoder. Além disso, a perspectiva de êxito da medicina é construída por meio do sucesso no diagnóstico e tratamento de lesões. Deste modo, quando as lesões não são passíveis de intervenção, o profissional se perde em seu projeto profissional.

Esse controle exercido por/sobre nós pelo biopoder gera, como efeito, uma sensação de “pseudosegurança” que nos permite, por exemplo, especular sobre que vidas são válidas e possíveis. Essa situação transparece na história de Maria.

“Maria era um bebê com hidroanencefalia que sempre foi visto como um caso perdido. Ainda no útero e a mãe escutava: esse bebê não sobrevive às primeiras horas, aos primeiros dias. Passados nove meses, seguiu-se o parto. Nasce Maria, chorando forte, e consegue ficar em ar ambiente. Alguns dias depois e estava em casa. A mãe observa sua filhinha e diz à doutora, ainda na primeira consulta: olhe, é meu bebê, que chora e mama, faz cocô e xixi, é como todos os bebezinhos recém-nascidos. A doutora olha a tomografia e confirma a hidroanencefalia. Tem que decidir, olhando o exame e a criança, o que fazer: manda a criança pra casa ou lhe dá estímulo na fisioterapia? Seus pensamentos giraram em torno dos conhecimentos científicos sobre o cérebro, sobre o que fazer com um bebê sem cérebro e sua mãe, sobre as possibilidades de melhora, sobre risco e benefício. Contra todas as razões biomédicas, ela observa e acolhe a mãe, naquele serviço. A mãe havia reinventado aquele bebê... Passaram-se os meses e, a cada consulta, a mãe contava a mesma história: olhe, é meu bebê, ela chora e mama, faz cocô e xixi, é como todos os bebezinhos... Nunca evoluiu com algum ganho neuromotor... O bebê faleceu assistido pelo serviço, com 1 ano e 2 meses...”.

Também aparecem, nas narrativas, os registros da perpetuação do poder e a violência institucional a que são submetidos os usuários dos serviços. Pierre Bourdieu⁹ chama de violência simbólica, aquela que é perpetrada por aqueles que estão no poder, de modo que as reais intenções de manter o poder estabelecido são mascaradas. Legitimam-se assim, as situações ocorridas, tanto para quem domina como para quem é dominado. Em muitos casos, a violência que ocorre nas instituições tem essa característica.

Uma violência que, de tão naturalizada e legitimada nos discursos e nos atos, pode não ser reconhecida como tal por quem a sofre. Nos casos narrados, apesar das situações de sofrimento e de violência, as famílias tentam manter as possibilidades de tratamento, por meio do silêncio e evitando o embate direto com os profissionais. O poder biomédico instituído disciplina o comportamento das famílias. O não-enfrentamento revela a naturalização e banalização de tais situações, que são institucionalizadas e passam a ser vistas como o modo natural de ser das coisas. A naturalização e a

legitimação da violência institucional são abordadas por Fleury et al.¹⁰, que discutem que a forma mais comum de os usuários de serviços de saúde no Brasil reagirem a tais situações é a naturalização, acompanhada de busca de soluções individuais para o problema, o que favorece a manutenção das situações de violência dentro dos serviços. Podem ocorrer também: a negação, a submissão e a resistência individual ou coletiva. A invisibilidade das ações discriminatórias, a falta de estrutura dos serviços reforçando o poder de escolha dos profissionais sobre quem e como atender, e a presença de estigmas/situações estigmatizantes em profissionais e usuários foram citados como possíveis causas para a negação do direito à saúde da população.

Segundo Gomes, Nations e Luz¹¹, homens e mulheres que viveram situações de internação em hospitais do nordeste brasileiro, relataram, em 83% dos casos, que houve humilhação e descaso com sua saúde; e somente um percentual de 16% referiu se tratar de situações para proteger sua saúde. Entre as estratégias encontradas pelos pacientes para enfrentarem ou resistirem às violências que ocorreram, estavam as seguintes: características pessoais, fé religiosa, criatividade e solidariedade. As autoras encontraram relatos de sofrimento, abuso de poder, discriminação e desmoralização. Situações estigmatizantes foram destacadas pelos relatos dos pacientes. Observamos que também aqui, nas histórias narradas, houve situações similares àquelas observadas. Ao estigma de ter um filho com uma deficiência ou uma malformação congênita soma-se a exposição a situações em que está presente a violência institucional.

Alargando e reconhecendo novas formas de cuidado

A construção de espaços intersubjetivos de troca entre profissionais e usuários dos serviços de saúde pode possibilitar a ressignificação e revalorização do cuidado.

Um dos caminhos pode ser o movimento de iluminar as situações vividas no dia a dia das unidades de saúde. O ponto de partida deste processo é reconhecer usuários e seus familiares/rede de apoio como sujeitos e protagonistas nas relações com os serviços e equipes.

Para tal fim, dar evidência e analisar as narrativas construídas entre os profissionais e/ou entre estes e as famílias pode ser uma das ferramentas de resistência e transformação, fazendo a exegese de novos sentidos possíveis para as situações de violência vividas.

Na narrativa sobre Benjamim e sua família, apresentada abaixo, temos uma criança em cuidado longitudinal, assistida por equipe que equilibrava o uso de tecnologias e a realização de intervenções, com o acompanhamento ao longo do tempo e com o foco na redução do sofrimento.

“Fomos fazer aquela visita, na casa de Benjamin. Ele não enxergava, não andava, não falava e não comia. Usava aquela sonda no estômago. A equipe do postinho de saúde estava sempre presente e a família se sentia acolhida e atendida. Apesar da gravidade do caso e da raridade da doença degenerativa, ele vivia bem naquela casa e naquele bairro. Quando chegamos, ele estava no sofá da sala, na televisão passava um jogo de futebol. O menino era vascaíno, segundo a mãe. O que sentíamos ali parecia milagre. Apesar de todos os inúmeros problemas, era como se aquela família tratasse da gente. Fazíamos os procedimentos necessários, orientávamos o tratamento e tudo o mais. Acolhíamos as invenções daquela mãe, como a ideia de lavar a sonda de alimentação com uma pequena escovinha originalmente criada para a coleta de preventivos. Apesar de todas as dificuldades, saíamos de lá leves, acolhidos e aquecidos pela energia daquela família e daquele menino. A mãe dizia que em todos os lugares escutava aquela dolorosa pergunta: valia a pena aquela vida? O menininho vivia ou vegetava? Então ela sorria, apesar da dor, e lembrava-se de seu objetivo ali: qualidade de vida, diminuir o sofrimento. E seguia em frente”.

A história de Benjamin chama a atenção para algumas questões. A primeira delas é visualizarmos as práticas de cuidado como uma fusão de horizontes, entre expectativas e desejos dos pacientes e profissionais¹². Segundo Ayres, para tal é preciso haver a possibilidade de cuidar de forma integrada do outro, por meio do conhecimento de seus projetos de vida, estabelecendo-se uma relação longitudinal,

com uma genuína preocupação com o sucesso prático a ser alcançado. Este, e não o conhecimento científico, é que dá sentido às práticas de cuidado. No caso da família de Benjamin, essa fusão de horizontes aparece no cuidado compartilhado entre a mãe e a equipe, no objetivo de redução do sofrimento.

A segunda nos remete à questão dos estreitamentos dos modos de andar a vida e a visão do patológico como uma redução dos limites no qual a vida é possível, que se expressa por meio dos sofrimentos¹³. Portanto, uma prática de cuidado integral diz respeito à capacidade de alargar tais estreitamentos, ou contribuir para impedir sua piora. Isso significa responder não só ao sofrimento, mas, também, a identificação precoce de outras questões que poderão afetar o modo de andar a vida, possibilitando ações de promoção e prevenção à saúde¹⁴. Assim, a mudança nas práticas de cuidado se faz no sentido de ampliar horizontes, quer pelo alargamento dos estreitamentos produzidos pelo adoecimento, quer pelos processos de ressignificação da vida, ainda que sob aqueles estreitamentos.

A terceira questão diz respeito à dimensão definida como projeto de felicidade. Este conceito de Ayres¹⁵ diz respeito a qual o sentido existencial da vida do indivíduo. Assim, os resultados das práticas de cuidado, embora possam ser classificados como tendo um êxito técnico, nem sempre chegam a alcançar um sucesso prático, que pode englobar questões biológicas e não biológicas.

O reconhecimento das necessidades de saúde deve ser alvo das equipes. Para tal, escutar os usuários deve ser uma prioridade, demandando conhecer suas histórias de vida. Segundo Cecílio¹⁶, as necessidades de saúde podem ser categorizadas em diferentes dimensões: condições de vida adequadas; acesso livre às tecnologias; vínculos efetivos com a equipe, e capacidade de fazer as próprias escolhas em seu modo de vida. Para que possamos alcançar respostas no atendimento integral a estas necessidades, Ceccim e Ferla¹⁷ propõem que o desenho mais adequado seja a responsabilização das equipes pelo cuidado e a valorização e utilização dos recursos locais, que são singulares.

A utilização das experiências práticas no processo de construção do cuidado pode ser instrumento de auxílio às equipes. A aceitação demonstrada pela equipe, de uma adaptação proposta pela mãe de Benjamin para um procedimento técnico, mostra um exemplo dessa utilização. A apropriação desses conceitos pelas equipes e a busca de sentido existencial nas atitudes terapêuticas pode potencializar o cuidado em saúde como ferramenta que auxilia na reinvenção da vida. Isso porque, a partir do contato com o outro, seja na relação pessoal, seja na relação profissional-usuário, pode-se estabelecer uma experiência dialógica rica que permite reforçar os potenciais das pessoas e famílias envolvidas e ser fator para desenvolvimento e ampliação da resiliência.

A medicina centrada na pessoa, conceito de Stewart et al., citado por Ribeiro e Amaral¹⁸, é uma forma de atuar do profissional de saúde que tem dois pilares principais: realizar o cuidado da pessoa que adoce identificando como ela entende e vive seu próprio adoecimento, e identificar objetivos comuns entre profissionais e pacientes quanto ao que deve ser feito, com o compartilhamento de decisões e responsabilidades. Esse conceito tem muito em comum com as ideias de projeto de felicidade e fusão de horizontes^{12,15}, e com a identificação das necessidades do paciente^{16,17}. A ação das equipes de saúde no cuidado a pessoas com deficiência, malformações congênitas e doenças genéticas deve levar em conta essas questões, como visto na narrativa sobre Benjamin e sua família.

O conceito de dádiva, oriundo das ciências sociais, é construído sobre a tríade composta pelo dar, receber e retribuir que, segundo Marcel Mauss, citado por Falleiros¹⁹, formam um círculo completo. A dádiva apresenta, aparentemente, um caráter voluntário, livre e gratuito, porém obrigatório e interessado, apresentando-se, na verdade, como uma transação. Os bens que circulam balizados pelo paradigma da dádiva são secundários aos vínculos e relações criados. Assim, as trocas que ocorrem nesse círculo passam a ter um sentido. Esse círculo de dádiva é continuamente atravessado e transpassado por relações de poder que ora fortalecem e ora afrouxam os vínculos entre as pessoas.

O encontro enquanto espaço de dádiva reforça o poder das relações sociais e, nesse espaço, as posições de doador e donatário não são fixas e hierarquizadas²⁰. Esse tipo de vínculo perpassa as relações entre profissional de saúde-usuário, permitindo que se alternem e se distribuam as relações de poder dentre cada um dos grupos.

Assim como relações de poder são produtoras de novas possibilidades, as relações que envolvem o dar, receber e retribuir, também o são. Daí a importância de se destacarem, por meio das narrativas: as

impossibilidades, as violências experimentadas, as dores e o sofrimento provocado, permitindo que o foco que é jogado sobre a experiência permita reconhecer que outras práticas talvez sejam possíveis e necessárias.

Estabelecer circuitos de dádiva nas relações humanas na saúde, permitindo a construção de vínculos e encontros pautados pelo referencial da solidariedade, como foi visto na história de Benjamim, são formas de enfrentar ou resistir às situações estigmatizantes e de violência institucional, e se mostra essencial para um cuidado humanizado na saúde.

Importante também citar o fato de que a saúde é, majoritariamente, pautada pela produção de procedimentos, muito mais do que percebida como espaço de encontro, o que prejudica o estabelecimento de relações envoltas pelo conceito da dádiva²⁰. A estrutura das instituições e das formas de fazer saúde que são, muitas vezes, rígidas e hierarquizadas, pode diminuir a potência dos encontros na saúde e dos circuitos de dádiva instaurados²⁰.

A possibilidade de dar, receber e retribuir permite ver, no outro, um sujeito, e confirmar a própria condição de sujeito²⁰. E é a aceitação da condição de sujeito pelas partes envolvidas que permite o estabelecimento do diálogo e a possibilidade de verdadeiros encontros. O diálogo não se dá quando se configuram relações nas quais o sujeito deixa de ser visto como tal e é tratado como objeto, reforçando as relações de poder e colocando os sujeitos em posição de desigualdade⁷.

A quebra do circuito da dádiva e a instauração de relações desiguais perpassadas por um poder normalizador e disciplinador não ocorrem sem resistências. Estas se dão por qualquer um dos participantes da relação sujeito – objeto, na qual não é possível instaurar-se: a intersubjetividade, o diálogo, o vínculo e a responsabilização pelo outro.

Na história de Maria e de Benjamin, vemos que há o reconhecimento dos sujeitos (pacientes e famílias) pelos profissionais, estabelecendo-se verdadeiros encontros apesar da gravidade dos quadros clínicos dos pacientes. Há o reconhecimento do sofrimento dos pacientes e suas famílias, assim como a proposta de estratégias que visam minorar ou, ao menos, não agravar tais sofrimentos e prestar apoio e solidariedade aos envolvidos. É a saúde reinventada. Verdadeiros circuitos de troca e de dádiva se estabelecem, e existe um respeito à alteridade entre os envolvidos.

As práticas de saúde se estabelecem por meio de relações pautadas pela intersubjetividade e pelo diálogo. É necessário estabelecer-se um diálogo entre equipes, comunidades e famílias, para definir e reconhecer: as perspectivas individuais de saúde, os recursos disponíveis, as adaptações necessárias e, ainda, quem irá atuar de forma transformadora para alcançar tal expectativa.

A construção de uma linguagem comum entre profissionais e pacientes pode possibilitar as trocas e as dádivas. Estar aberto à escuta das narrativas, à compreensão dos contextos, à integração entre o saber prático e o saber técnico, e para reconhecer novos significados sobre o adoecimento crônico e a deficiência é um dos modos de fazer o cuidado efetivo acontecer na prática. Dentro da equipe, abrir espaços de discussão de casos, de construção coletiva de projetos terapêuticos e das narrativas sobre o adoecimento e cuidado que os profissionais constroem também pode ser outra ferramenta a ser utilizada.

Práticas de cuidado a pessoas com deficiência e doenças genéticas na Atenção Primária à Saúde (APS)

O diferencial da APS no desenvolvimento da resiliência em indivíduos e famílias está na possibilidade de uma relação muito próxima, que permite identificar riscos e possibilidades de intervenção. Esta relação deve ser baseada num cuidado à saúde que respeite a dimensão dialógica do encontro, no qual a equipe se volte à presença do outro e se permita enriquecer o horizonte técnico com o não técnico. Tal equipe tem como características ser acolhedora e possuir vínculo com as famílias sob seus cuidados.

As necessidades de saúde das pessoas com deficiências e doenças genéticas são determinadas ou agravadas por processos sociais extremamente complexos²¹. Este fato reforça a importância da construção de práticas de cuidado à saúde, junto a este grupo, que levem em conta as condições de vida e as questões subjetivas envolvidas. Os impactos sociais, econômicos e outros, são enormes,

e a presença de uma deficiência contribui para reforçar situações de pobreza e exclusão social nas famílias²². Estas dimensões devem ser consideradas para promover práticas terapêuticas que objetivam alcançar um sucesso prático.

As práticas de saúde pertinentes a cada situação específica não existem per se. Devem ser construídas levando em conta a complexidade das situações a serem enfrentadas, e utilizando as ferramentas técnicas e não técnicas. Sugere-se que reconhecer e valorizar os processos de criatividade de pacientes, famílias e equipes, e sua experiência, pode permitir a obtenção de resultados bem-sucedidos.

Deve ser destacada a importância de se privilegiar a dimensão dialógica do encontro, entre os profissionais, famílias e comunidades, como na história de Benjamin. Do mesmo modo, a realização de visitas domiciliares pode auxiliar, aos profissionais de saúde, a se identificarem com os usuários com deficiência e seus problemas, e sentirem-se corresponsáveis pelas mudanças possíveis e pela construção de projetos de felicidade para as famílias. Dentre essas propostas, incluem-se, também, algumas inovadoras e heterodoxas, a partir de conhecimentos práticos. Nesse sentido, são disparados processos de criatividade dos profissionais, que potencializam a APS como parte de uma reabilitação que é possível.

Como considerações finais, algumas das possibilidades de intervenção da saúde que podem potencializar a saúde de pessoas com deficiência e doenças genéticas são: o reconhecimento das histórias de vida das pessoas, a troca de papéis, a utilização de conhecimentos e práticas locais de saúde. As intervenções devem ser feitas na perspectiva de alargamento de horizontes, de redução do sofrimento, ampliando as possibilidades de emancipação e autonomia. Assim, as práticas de saúde não devem ser centradas isoladamente no conhecimento científico, que se mantém válido, mas, sim, nas necessidades do indivíduo que sofre. Este deve ser o sentido que motiva os trabalhadores da saúde, deslocando-se a racionalidade da doença para a vida, dos resultados das intervenções e dos sucessos técnicos para os sucessos práticos e para a resignificação da vida.

Dentre as questões que foram apresentadas, estão: a violência estrutural e simbólica sofrida pelos usuários, e a violência sofrida pelos profissionais, que pode ser considerada uma das faces ou causas da violência institucional que permanece no sistema de saúde, e que, possivelmente, contribuem para desumanizar os sujeitos envolvidos e reforçam as situações de violência.

Mas como se deixar afetar pelas relações na saúde, enfrentar as violências e modificar os afetos?

As afecções, segundo a Ética de Spinoza²³, são as formas como a realidade é autoafetada ou afetada nos encontros com outros modos de ser. Assim, processa-se a modulação ou transformação da realidade ou substância. Já afetos, são os sentimentos, que representam o ganho ou a perda de potência e a percepção desse fluxo transformador, como a alegria e a tristeza^{23,24}.

Tomando de empréstimo a ideia espinozista de afecção, entendemos que os sofrimentos e violências sofridas, nos encontros entre as pessoas, sejam modos de afetar a realidade que, por si, geram afetos. No entanto, apesar de aparentemente serem situações nas quais há a redução de potência que poderá gerar uma diminuição no fluxo da vida, acreditamos que há outras formas de enfrentamento.

Propomos aqui, como uma destas formas: a construção de histórias, de narrativas sobre o vivido, de discussão sobre o contado. Reviver o vivido, abrir espaços para discussão e para a construção de linhas de fuga para o possível.

Narrar é contar uma história e tornar visível, para os outros e para si mesmo, os significados dos fatos vividos. É um ato que torna possível inventar ou reinventar novas formas da experiência, e, assim, fortalece a capacidade de resiliência daquele que narra e do que escuta a história contada. A capacidade inventiva da linguagem é uma forma de destacar as experiências e de possibilitar identificar novas metáforas para o vivido, como sugerido por Richard Rorty²⁵.

Narrar, aqui, é um ato de resiliência, de resistência às violências estruturais a que todos nós estamos expostos.

Deste modo, propomos que seja possível transformar os afetos, potencializar os encontros na saúde e criar novos espaços de possibilidade. Talvez, espaços atravessados por circuitos de dádiva, nos quais, mais que dar, receber e retribuir, aconteça um verdadeiro encontro. Potências do novo, que

permitam, através da visibilidade das semelhanças e diferenças entre os sujeitos, que seja reforçado o humano, processando-se a verdadeira humanização na saúde.

Colaboradores

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

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
2. Portaria GM/MS nº199, de 30 de janeiro de 2014. Institui a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doenças Raras. Diário Oficial da União. 31 Jan 2014. Seção 1.
3. Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2006; 30(1):6-14.
4. Favoreto CAO, Camargo Jr KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. Interface (Botucatu). 2011; 15(37):473-83.
5. Deleuze G. Crítica e clínica. São Paulo: Editora 34; 1997.
6. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a ed. Rio de Janeiro: Editora Livros Técnicos e Científicos; 2012.
7. Foucault M. Microfísica do poder. 19a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2004.
8. Castiel LD. Saúde, longevidade e genética: um olhar biopolítico. In: Santos RV, Gibbon S, Beltrão J, organizadores. Identidades emergentes, genética e saúde – perspectivas antropológicas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 71-91.
9. Bourdieu P. O poder simbólico. Fernando Tomaz, tradutor. 16a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2012.
10. Fleury S, Bicudo V, Rangel G. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contra derecho a la salud en Brasil. Salud Colect. 2013; 9(1):11-25.
11. Gomes AMA, Nations MK, Luz MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. Saude Soc. 2008; 17(1):61-72.
12. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Cienc Saude Colet. 2001; 6(1):63-72.
13. Canguilhem G. O normal e o patológico. 4a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
14. Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de 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: UERJ, IMS, Abrasco; 2001. p. 39-64.
15. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface (Botucatu). 2004; 8(14):73-92.

16. 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. Construção da integralidade. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco; 2003. p. 113-26.
17. Ceccim RB, Ferla AA. Residência Integrada em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Abrasco; 2003. p. 211-26.
18. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. Rev Bras Educ Med. 2008; 32(1):90-7.
19. Falleiros GLJ. A dádiva e o círculo: um ensaio sobre a reciprocidade a Uwe xavante [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2005.
20. Guizardi FL, Pinheiro R. Quando dádiva se transforma em saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3a ed. Rio de Janeiro: IMS, UERJ, Cepesc, Abrasco; 2006. p. 37-56.
21. Othero MB, Dalmaso ASW. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. Interface (Botucatu). 2009; 13(28):177-88.
22. França ISX, Pagliuca LMF. Utilitarismo, pobreza e desenvolvimento dos portadores de deficiência. Rev Latino-Am Enferm. 2007; 15(n. esp):857-63.
23. Spinoza B. Ética. Tomaz Tadeu, tradutor. Belo Horizonte: Autêntica; 2007.
24. Passos E, Benevides B. Passagens da clínica. In: Maciel A, Kupermann D, Tedesco S, organizadores. Polifonias: clínica, política e criação. Rio de Janeiro: Contracapa. 2006. p. 89-100.
25. Rorty R. Contingência, ironia e solidariedade. São Paulo: Martins Fontes; 2007.

Vieira DKR, Favoreto CAO. Narrativas en salud: reflexión sobre el cuidado a la persona con discapacidad y enfermedad genética en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Interface (Botucatu). 2016; 20(56):89-98.

Entre los factores que interfieren para un cuidado efectivo de la salud de personas con discapacidad y enfermedades genéticas en el SUS, se incluyen los siguientes: la presencia de estigmas, de relaciones marcadas por el poder biomédico y por la violencia institucional. El objetivo de este artículo es discutir las cuestiones que atraviesan ese cuidado, utilizando como hilo conductor narrativas de experiencias vividas por la autora en el cuidado a niños y familias. Escrito en el formato de ensayo, este texto discute las cuestiones que envuelven el cuidado de la salud y la dádiva en el contexto de prácticas orientadas por la biomedicina y por el biopoder. Las narrativas revelan la capacidad de transformación de afectos y potencialización de encuentros, marcados por circuitos de dádiva y regidos por la construcción de relaciones intersubjetivas entre profesionales y usuarios de los servicios que promueven nuevos espacios y formas de cuidado de la salud.

Palabras clave: Atención Integral de la Salud. Narrativa. Genética médica. Personas con discapacidad.

Recebido em 31/03/15. Aprovado em 03/08/15.

Práticas educativas em Segurança Alimentar e Nutricional: reflexões a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa, PB, Brasil

Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos^(a)
Rosana Magalhães^(b)

Vasconcelos ACCP, Magalhães R. Educational practices within food and nutritional security: reflections from the Family Health Strategy experience in João Pessoa, state of Paraíba, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):99-110.

It was sought to analyze the main challenges and perspectives of educational practices relating to food and nutritional security, from the experience of the Family Health Strategy in João Pessoa. An exploratory case study of qualitative nature was conducted, involving consultation of documents, semi-structured interviews and local observation. It was concluded that despite advances in relation to the dynamics of expansion and consolidation of the Family Health Strategy in this municipality, major challenges remain with regard to introduction of food and nutritional security approaches into local educational practices. Contextual variables such as low levels of qualification within the teams, high turnover among the professionals and weakness of integration between healthcare services and communities emerged as issues to be overcome.

Keywords: Health education. Food and nutritional security. Implementation. Family health.

Buscou-se analisar os principais desafios e perspectivas das ações educativas em Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), a partir da experiência da Estratégia Saúde da Família (ESF) em João Pessoa. Foi realizado um estudo de caso exploratório de natureza qualitativa, que envolveu consulta documental, entrevistas semiestruturadas e observação local. Concluiu-se que, apesar dos avanços no que se refere às dinâmicas de expansão e consolidação da ESF no município, persistem importantes desafios para a introdução da abordagem da SAN nas práticas educativas locais. Variáveis contextuais, tais como a baixa qualificação das equipes, a alta rotatividade dos profissionais e a fragilidade na integração entre os serviços de saúde e as comunidades, emergiram como aspectos a serem superados.

Palavras-chave: Educação em saúde. Segurança Alimentar e Nutricional. Implementação. Saúde da família.

^(a) Departamento de Nutrição, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, s/n, campus I, 2º andar do CCS, Castelo Branco III. João Pessoa, PB, Brasil. 58059-900. anacpeixoto@uol.com.br

^(b) Departamento de Ciências Sociais, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. rosana@ensp.fiocruz.br

Introdução

A experiência brasileira no campo da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) tem sido alvo de atenção no âmbito internacional¹. A consolidação de marcos legais e institucionais, incluindo a valorização da participação da sociedade civil organizada e o enfoque multidisciplinar, tem promovido avanços significativos na área das políticas públicas de SAN. A aprovação e a regulamentação de uma Lei Orgânica de SAN (LOSAN) e a instituição do Sistema Nacional de SAN (SISAN) e da Política Nacional de SAN (PNSAN), são algumas das iniciativas que expressam o dinamismo do tema na agenda política recente^{2,3}. A SAN consiste na:

Realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis.² (p. 1)

O setor saúde tem sido apontado como um potente interlocutor no âmbito da PNSAN⁴, sobretudo por meio das ações locais da Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse cenário, as práticas educativas podem se configurar como fomentadoras de abordagens mais ampliadas, que dialoguem com as noções do referencial da SAN. Contudo, apesar do processo de redefinição conceitual e metodológica em curso no campo da promoção da saúde⁵⁻⁷, muitas dessas práticas ainda são marcadas: pela transmissão unilateral de informações, relações autoritárias, prescritivas e normatizadoras^{8,9}.

Desta forma, impõem-se novas abordagens capazes de favorecer uma compreensão ampliada sobre a alimentação, incluindo as concepções de direito, sociedade e sustentabilidade do meio ambiente¹⁰. No entendimento de Restrepo¹¹, o sistema de Alimentação e Nutrição (AN) sob a perspectiva da promoção da saúde pode contribuir para aprimorar a educação alimentar e nutricional (EAN) nas dimensões individuais e coletivas.

Embora muitos autores evidenciem a interface da promoção da saúde com a SAN e o lugar estratégico do campo da saúde frente à PNSAN, ainda são incipientes os esforços para analisar a relação da SAN com as ações da Atenção Básica (AB), sobretudo no que tange aos processos educativos. Nesse sentido, o objetivo deste artigo é o de refletir sobre os aspectos facilitadores e os obstáculos para o desenvolvimento das práticas educativas em SAN a partir de uma experiência em João Pessoa, PB, Brasil.

Abordagem metodológica

Trata-se de um estudo de caso exploratório de natureza qualitativa¹². A perspectiva teórico-metodológica adotada foi a da avaliação da implementação¹³, considerando os processos avaliativos como práticas sociais, marcadas fortemente por interações entre os atores e entre o contexto e os programas. O cenário de estudo foi a Unidade de Saúde da Família (USF) Caleidoscópio, vinculada ao Distrito Sanitário III (DS III) e localizada no bairro de Mangabeira, em João Pessoa¹⁴. Além de ter uma intensa concentração populacional e a maior abrangência territorial do município, esse distrito foi o que apresentou o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) mais elevado de João Pessoa em 2009, refletindo as precárias condições de vida da sua população. Além disso, a Unidade desenvolvia atividades educativas preconizadas pela ESF e possibilitava viabilidade operacional para a implementação do estudo, corroborando para a seleção do caso. Como também oferecia serviços prestados por quatro equipes dispostas em um mesmo espaço físico.

O trabalho de campo envolveu a observação direta, registro de atividades e entrevistas semiestruturadas com atores-chave entre fevereiro e junho de 2012. Com um roteiro e um diário de campo, acompanhamos algumas atividades realizadas pelos profissionais e apoiadores matriciais: 54 visitas domiciliares, 12 reuniões de equipe, 29 ações educativas (grupos e palestras), três reuniões em nível central ou distrital e quatro outras atividades ou fóruns.

Realizamos 34 entrevistas no período de 9 de abril a 20 de junho de 2012. Posteriormente, em novembro e dezembro do mesmo ano, voltamos ao local para fazer mais seis entrevistas com os usuários, totalizando quarenta entrevistas, que foram transcritas com o auxílio de uma profissional especializada. Utilizamos três roteiros de entrevistas (para os apoiadores, profissionais de saúde e usuários), pré-testados em uma USF de João Pessoa. As questões estruturaram-se a partir de três eixos vinculados aos objetivos do estudo: *Práticas educativas em Saúde/Práticas educativas em AN, SAN e DHAA /Intersetorialidade*, além de um tópico introdutório com dados de identificação do entrevistado.

Os sujeitos do estudo foram os profissionais que estavam vinculados às quatro equipes da USF Caleidoscópio, na ocasião da coleta dos dados, o que correspondeu a 24 profissionais entrevistados e incluiu: **médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de saúde bucal (ASB), técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS)**. Os **apoiadores matriciais do DS III** consistiram dos profissionais (dois) que, na ocasião da coleta dos dados, eram os responsáveis pelo apoio às equipes da USF Caleidoscópio e da ex-apoiadora (uma) da referida USF. Para a inclusão dos **usuários**, estes deveriam estar utilizando os serviços da USF, há pelo menos seis meses, e ter idade mínima de 18 anos. A captação da maioria dos usuários foi realizada pela autora principal, na própria USF, com exceção de duas usuárias, cuja indicação e acesso às suas casas para as entrevistas foram intermediados por ACS.

Adotou-se a saturação, critério utilizado para conformar o escopo do estudo, quando no decorrer das entrevistas o pesquisador interrompe a inclusão de novos componentes, por entender que as informações fornecidas não acrescentariam contribuições significativas para a reflexão teórica fundamentada nos dados coletados¹⁵. Assim, atingimos um nível satisfatório de informações com **13 entrevistas** com usuários das quatro equipes, com perfil de vinculação ao serviço heterogêneo (grupo de idosos; pré-natal, puericultura e outras ações da USF).

Procedemos à análise documental de Portarias, relatórios de gestão e demais instrumentos normativos vinculados à implementação das iniciativas de SAN no contexto local. A análise dos dados perpassou todas as fases da investigação¹⁶. O material produzido por meio da consulta documental e da observação foi utilizado para a análise do contexto e para complementar a análise das narrativas. Para isso, confrontamos os aspectos explicitados pelos entrevistados com o que constava nos documentos e o que foi observado no cotidiano do serviço.

O conteúdo das entrevistas foi submetido a uma adaptação da análise de conteúdo na modalidade temática^{16,17}. Inicialmente, realizamos a leitura 'flutuante' do texto, para a apropriação do *corpus*. Em seguida, identificamos os temas, categorizamos os conteúdos e apreendemos os 'núcleos de sentido'. Depois, com base no referencial teórico e nas questões norteadoras do estudo procedemos à interpretação dos dados.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Fundação Oswaldo Cruz e atendeu aos preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para assegurar o caráter sigiloso das informações, foram atribuídos nomes fictícios à USF estudada (Caleidoscópio) e às equipes que a compõem (Azul, Branca, Vermelha e Amarela). Os depoimentos foram codificados pela letra A, para apoiadores, e U, para usuários, acrescidos do número arábico. Para os profissionais, utilizamos a sigla de sua ocupação na USF e a sequência numérica por equipe, além da identificação da equipe a que estavam vinculados.

Resultados e discussão

As práticas educativas na ESF e a promoção da SAN

Localizada no Nordeste do país, João Pessoa é a capital do estado da Paraíba. Segundo o Censo demográfico do IBGE de 2010, a sua população total era de 723.515 habitantes. A partir de 2005, com a mudança da gestão municipal, iniciou-se um processo de estruturação da sua rede de serviços de saúde, marcado por um reforço na capacidade de gestão e na organização do cuidado, com investimentos na rede de AB. Desde esse período que a cobertura da ESF, no município, vem sendo

incrementada e atingiu 88,3% da população no ano de 2009, por meio de 180 Equipes de Saúde da Família^{14,18}.

Conforme o Sistema de Informação da AB (SIAB) para o ano de 2012, as equipes da USF estudada atendiam a 2.719 famílias, o que corresponde a uma população estimada de 9.067 habitantes. Os territórios vinculados a estas equipes têm condições heterogêneas quanto à disponibilidade de equipamentos sociais e de infraestrutura. Existiam diversos espaços para a abordagem educativa, no território ou na própria unidade. Entre as principais ações, incluem-se: os 'arrastões', 'salas de espera', dias 'D', grupo de idosos, visitas domiciliares e atividades realizadas no 'acolhimento' e nas escolas. O grupo dos idosos ocorria semanalmente e destacava-se como a atividade mais regular da USF.

Grande parte das atividades educativas ocorria de forma fragmentada e descontínua, geralmente demandadas pela gestão para cumprir as agendas nacionais (campanhas, 'dias de mobilização', dentre outros) em detrimento das necessidades das próprias equipes e da comunidade. A abordagem das questões alimentares e nutricionais se encontrava diluída nas diversas frentes e ações educativas mencionadas. Os estagiários do curso de Nutrição de uma faculdade privada eram uma referência importante para as dimensões ligadas a essa temática, e suas intervenções gozavam do reconhecimento das equipes, inserindo-se no cotidiano das atividades, sobretudo de atendimento individual.

No bojo do processo de reorientação das ferramentas da gestão municipal, aliado à intensificação, no âmbito do governo federal, das ações voltadas à SAN, cabe uma análise mais aprofundada da abordagem da AN no sentido de se investigarem os desdobramentos dessas questões e as possíveis potencialidades e lacunas existentes.

Assim, pudemos perceber, sobretudo, dificuldades e dilemas na abordagem do tema da AN nas atividades educativas da USF Caleidoscópio vinculadas ao serviço de saúde e decorrentes da percepção dos profissionais de saúde sobre seu papel no contexto local. No que se refere às dificuldades relacionadas ao serviço de saúde, é importante ressaltar alguns elementos que expressam as singularidades desta experiência mas que, ao mesmo tempo, tendem a atravessar a implementação de ações educativas no campo da Saúde e da Nutrição.

A preponderância dos atendimentos individuais, no cotidiano da ESF, e a necessidade de cumprir as ações que envolvem as temáticas pautadas pelo nível central tendiam a consumir grande parte do tempo dos profissionais, e isso exigia um esforço extra das equipes para conseguirem romper com essa dinâmica e desenvolver ações educativas contínuas e regulares, inclusive, aquelas que envolviam a AN. As restrições impostas pelo tempo para implementação dessas ações também foram relatadas por outros autores^{19,20}.

Outro aspecto apontado como obstáculo para as ações de EAN foi a falta de apoio da gestão. A responsabilização dos profissionais e dos usuários pela infraestrutura das atividades coletivas era um aspecto relacionado às ações educativas, de uma maneira geral, e que provocava insatisfação entre os profissionais. Nesse sentido, presenciemos, mais de uma vez, o recolhimento de uma taxa dos idosos e dos profissionais para auxiliar a aquisição do material e lanches para o grupo.

A necessidade de assumir despesas implicava esforços adicionais das equipes, a fim de garantir o planejamento e a organização sistemáticos das atividades. Considerando o contexto de uma USF, cujo cotidiano é marcado por demandas e pressões de naturezas diversas, tais aspectos tendiam a significar um obstáculo para as decisões em prol da implementação de ações mais regulares e frequentes voltadas à alimentação. Tais dificuldades também podem contribuir para desmotivar os profissionais.

O perfil do profissional também emergiu como uma dimensão que influenciava a sua disponibilidade e motivação frente às atividades educativas. Chamando atenção para a importância do processo seletivo da ESF e da capacitação em serviço, no sentido de contornar essas lacunas. Observamos que há uma contradição entre a ênfase na promoção da saúde e nas atividades educativas preconizada na proposta da ESF^{2,21} e a oferta de condições efetivas para a viabilização desses processos no cotidiano da USF. Contudo, apesar das dificuldades relacionadas à infraestrutura, era nítida a mobilização de esforços de grande parte dos profissionais para atingir os objetivos e as metas das atividades.

As barreiras para a realização de ações de nutrição contínuas e consistentes estimulavam a valorização do papel dos estagiários de Nutrição pelas equipes, que, muitas vezes, transferiam a responsabilidade para esses estagiários. Considerando que os processos educativos pressupõem

continuidade para a construção de vínculos e o devido aprofundamento e a problematização das questões, o aspecto da rotatividade não somente dos estagiários, mas, também, dos profissionais, merece atenção.

As limitações no que se refere ao conhecimento dos profissionais sobre as temáticas vinculadas à AN também foram apontadas, o que corroborou os resultados de outros estudos^{19,22,23} e evidenciou o potencial da Educação Permanente (EP) como ativador das práticas educativas na USF. Os esforços quanto à apropriação do assunto relacionam-se à disponibilidade de cada profissional, que, por conta própria, 'corre atrás' de preencher suas necessidades de aprendizagem: "[...] quando vai fazer [a atividade] é que vai dar uma pesquisada" (ACS10 – Amarela).

O contato com a temática, geralmente, ocorria de forma superficial e diluída no conjunto de questões trabalhadas no dia a dia. A participação de profissionais do NASF nesse processo não foi referida, e, eventualmente, houve a menção dos estagiários de Nutrição e professores, além da abordagem do assunto pelos apoiadores no âmbito das equipes.

Embora constem, no relatório de gestão de 2009 da SMS-JP, aspectos referentes à capacitação de Recursos Humanos em saúde e nutrição e a promoção da alimentação saudável¹⁸, a partir da dinâmica evidenciada sobre a abordagem da AN nos processos de capacitação das equipes na USF Caleidoscópio, e a perspectiva descontinuada e superficial que predominava nas práticas educativas voltadas aos usuários, inferimos que os investimentos políticos e gerenciais, no sentido de aprofundar e consolidar o campo da AN, não estavam incluídos nas principais metas da gestão municipal de João Pessoa. Tais questões são corroboradas pela ausência das atividades voltadas à promoção da alimentação saudável e da SAN no relatório dos programas e das ações desenvolvidos no ano de 2012²⁴.

Outra questão importante verificada nos depoimentos foi a ênfase dada à associação entre as condições de vida e de pobreza locais e as dificuldades de se avançar para consolidar as iniciativas educativas a respeito da questão alimentar e nutricional. Para os profissionais, os modelos de atuação previstos durante a formação profissional parecem muito distantes da realidade concreta, e o sentimento de impotência é recorrente. Podemos dizer que, na ausência de reflexão sobre alternativas com base nas exigências e nos desafios locais, cresce o abismo entre o conhecimento técnico e o saber das pessoas que recorrem ao serviço de saúde.

Conforme outros estudos evidenciaram^{20,23}, constatamos forte ênfase dos entrevistados nos aspectos de cunho econômico, educativo e cultural, relacionando-os aos entraves apontados para a abordagem das questões sobre a AN no âmbito da USF Caleidoscópio. Boog²² argumenta que desconsiderar a multidimensionalidade dos problemas alimentares, restringindo-os aos problemas sociais, provoca um 'sentimento de impotência' nos profissionais, que se reflete em suas práticas. Diante dos limites relacionados à ação do setor saúde perante a complexidade dos problemas que afetam as populações mais vulneráveis, os profissionais recorrem aos recursos a que estão mais habituados: o atendimento clínico e as ações educativas, focadas nas dimensões curativas e preventivas²⁵.

O cotidiano desses usuários era, de fato, marcado por constrangimentos econômicos e sociais que, nem sempre, eram considerados nas orientações dos profissionais, que, frequentemente, recomendavam alimentos não convencionais e de custo mais elevado, em detrimento de produtos do repertório cultural da comunidade. Esse enfoque reforça o entendimento da população de que uma alimentação saudável pressupõe incluir os itens mencionados e, portanto, o incremento dos gastos.

"[...] Os alimentos são caros, são *light*, *diet*". (U10)

Nessa direção, cabe destacar o contexto pouco favorável para escolhas alimentares saudáveis. De um lado, dispomos dos alimentos ultraprocessados e densamente calóricos, com preços cada vez mais acessíveis e, de outro, a ausência do poder público em relação ao abastecimento alimentar, incentivando a diminuição do preço de frutas e hortaliças.

Nesse cenário, foi enfatizado o papel do serviço de saúde no estímulo por meio de orientações às mudanças das práticas alimentares dos usuários. Notamos uma tendência a desconsiderar a

complexidade que envolve a alimentação inserida na rotina doméstica diária, que revela uma abordagem superficial, apoiada, especialmente, nas recomendações para a permuta de alimentos. Além disso, outros estudos no âmbito da ESF mostraram¹⁹ que grande parte dessas orientações era feita em uma perspectiva prescritiva e unilateral, em que, muitas vezes, ignorava-se o contexto dos usuários.

Constatamos o constrangimento provocado pela multiplicidade de informações sobre o assunto tanto pelo serviço quanto pela mídia. Ao longo da história, as diferentes perspectivas de construção social, que envolvem as relações entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, têm modulado as concepções acerca da alimentação, a qual tem sido relacionada à promoção da saúde, mas, também, considerada como uma ameaça ao bem-estar, um fator de risco, tornando as pessoas confusas, inclusive, os especialistas da área²⁶.

Em vários depoimentos, emergiram dimensões que apontam para a complexidade em torno das práticas alimentares e, conseqüentemente, para as dificuldades quanto à reorientação dessas práticas. Entretanto, predominou o entendimento quanto à responsabilização da população, cuja resistência às mudanças, compromete a modificação do comportamento alimentar.

“[...] se a criança está se alimentando errado, quem está oferecendo é a mãe. [...]”. (E1- Branca)

Identificamos a associação dos aspectos socioculturais à noção de ‘falha’, vistos como um empecilho para aproximar o profissional do universo do usuário e a abordagem dos problemas alimentares. Nessa direção, os profissionais minimizam o seu envolvimento com esses aspectos culturais em suas práticas²³.

“[...] é uma falha mais cultural mesmo. [...] a gente não consegue chegar tão perto. Tenta abordar de uma forma mais médica [...]”. (M2-Vermelha)

Essa perspectiva diverge do entendimento de vários autores, como Freitas²⁷, que enfatiza o encontro entre os sujeitos, por meio do diálogo como impulsionador para o desvelamento dos aspectos socioculturais da educação nutricional. Tais aspectos são relevantes porquanto a alimentação é um dos elementos constitutivos da cultura, a qual consiste na interface entre as perspectivas da tradição e da inovação, visto que os saberes e os valores transmitidos, “modificam a posição do homem no contexto ambiental” e capacitam-no para “experimentar novas realidades”²⁸ (p. 27).

Evidenciamos uma polarização dos itens de consumo. Assim, de um lado, estão as frutas ‘no quintal de casa’, saudáveis e subestimadas pelos usuários, e, de outro, os refrigerantes, comprados no mercado, pouco nutritivos, mas valorizados pela comunidade.

Douglas e Isherwood²⁹ discutem sobre a questão do consumo de bens, incluindo o consumo alimentar, numa perspectiva dinâmica, considerando-o como algo permanentemente redefinido. Os autores chamam a atenção para os processos engendrados pelos novos produtos, o fascínio exercido pelo novo, que passa a ser uma necessidade²⁹, facilitando o entendimento das questões relacionadas à construção das práticas alimentares na atualidade e aos efeitos produzidos pela publicidade nesse âmbito.

No cenário atual da promoção da saúde e da SAN, tem se intensificado esse debate sobre a influência da publicidade de alimentos nas práticas alimentares^{26,30}. Nos relatos, foi bastante frequente a valorização de alimentos que são fortemente difundidos pela mídia, sobretudo, os processados, porém, em nenhum momento, os entrevistados atentaram para o papel da publicidade nesse contexto.

Para além das limitações econômicas, educativas e culturais relacionadas aos usuários, mencionadas anteriormente, uma minoria dos entrevistados identificou outros aspectos que configuravam as escolhas alimentares e dificultavam as abordagens da alimentação pelos serviços de saúde. Alguns depoimentos destacaram elementos vinculados à valorização dos alimentos processados e ‘prontos’ para consumo, como ícones da praticidade exigidos pela vida contemporânea.

Outras dimensões relacionadas ao consumo alimentar saudável também foram observadas, como as barreiras ligadas ao abastecimento enfrentadas pela comunidade, diante das limitadas possibilidades

para o acesso às feiras livres e aos mercados. Considerando a perspectiva da SAN, as ações de abastecimento alimentar têm sido apontadas como uma questão-chave, especialmente no sentido de integração das iniciativas e programas em torno da intersectorialidade³¹.

Apesar dos avanços das políticas públicas para articular programas e ações de alimentação com a dimensão do abastecimento, no contexto estudado, não houve referências às iniciativas voltadas para a melhoria do acesso aos alimentos menos processados e o estímulo das tradições alimentares locais, como as feiras que comercializam alimentos 'diretamente' do produtor.

Os resultados apontam para as influências de um conjunto de aspectos que estão relacionados entre si e com o contexto local, sobre as abordagens da alimentação pelo serviço e a implementação de processos educativos efetivos que visam promover a SAN, no âmbito da USF Caleidoscópio.

Sobre a qualificação das ações educativas em AN

Alguns aspectos político-operacionais da ESF foram apontados como indutores para a melhoria das práticas educativas em AN. Os entrevistados mencionaram a necessidade de se redimensionar o número de famílias por equipes como condição para implementar ações compatíveis com os princípios da AB. Questões ligadas ao modelo assistencial da ESF, como as visitas domiciliares, destacaram-se como fortalezas para estabelecer um vínculo maior e aproximação com as famílias, potencializando as oportunidades para as abordagens educativas.

Diante das fragilidades enfrentadas pelas equipes quanto ao subsídio de recursos materiais para as atividades educativas, foi enfatizada a necessidade de suporte nessa direção. O incremento e a diversificação das abordagens, que incluem a preparação dos alimentos, foram referidos, o que sinaliza a sensibilização dos profissionais para novos enfoques. As atividades com a culinária e a produção de alimentos por meio de hortas, e as parcerias com as escolas e as creches, estão entre as sugestões apontadas.

Todavia, para fortalecer esses empreendimentos, o fomento à qualificação e à aprendizagem dos profissionais acerca da temática da alimentação foi um aspecto citado de forma recorrente. Constatamos que os profissionais não se sentiam seguros o suficiente para abordar o assunto de maneira mais consistente, especialmente os ACS. Muitos deles tinham sido admitidos sem terem participado de formação específica e se apropriaram de suas competências por meio do processo de trabalho.

As limitações quanto à existência de processos que valorizassem a abordagem da questão alimentar com as equipes reforçam as lacunas referidas pelos profissionais na direção de oportunidades regulares para se refletir sobre o assunto. Nesse sentido, algumas estratégias emergiram para potencializar as práticas educativas sobre a AN com os profissionais. O incremento da EP e os estagiários de Nutrição foram assinalados como recursos importantes. Percebemos, também, uma preocupação com o estímulo às abordagens coletivas e participativas.

O NASF não foi mencionado como ferramenta de apoio no cenário da qualificação das equipes, o que significa que, talvez, os profissionais não o identifiquem ou o reconheçam como um dispositivo credenciado para assumir tais atribuições. O que nos leva a indagar sobre o papel efetivo do apoio matricial/NASF para a implementação dessas ações. Quais têm sido as frentes de trabalho priorizadas no cotidiano dos apoiadores? Como têm sido pautadas as atividades que envolvem alimentação, nutrição, SAN?

Chamou-nos a atenção o fato de que as equipes da USF pesquisada não tenham considerado o profissional de Nutrição do NASF como um aliado potencial para auxiliá-las a implementar as atividades educativas em alimentação, especialmente se levarmos em conta que a USF Caleidoscópio dispôs de um apoiador nutricionista durante dois anos. Alguns aspectos ligados à operacionalização do NASF, em João Pessoa, podem contribuir para uma reflexão sobre a tênue identificação das equipes com os nutricionistas vinculados ao NASF. Além disso, a rotatividade dos apoiadores repercutiu na organização do núcleo de Nutrição e no apoio mais efetivo voltado a essa área na unidade.

Nesse sentido, mesmo quando a unidade contou com o apoio direto de um nutricionista, o trabalho da apoiadora na USF, demandado pelo arranjo municipal do NASF, não enfatizava a dinamização das ações que envolviam a alimentação.

“[...] a última coisa que eu era, era ser nutricionista dentro da equipe”. (A1)

Por outro lado, muitos entrevistados destacaram a inserção do nutricionista na equipe como alternativa para melhorar o desenvolvimento das atividades individuais e coletivas de AN. Apesar de a alimentação atravessar os vários núcleos de saberes/profissionais, o nutricionista é o profissional que tem uma formação mais direcionada para lidar com essa temática. Contudo, a ESF em João Pessoa, a exemplo da maioria dos municípios brasileiros, não inclui esse profissional nas equipes mínimas, preconizando a sua vinculação ao NASF.

Alguns estudos têm relacionado a inclusão do nutricionista na ESF à consolidação das ações de nutrição no âmbito da AB^{19,32}. Em que pesem os avanços das políticas de SAN e de saúde, o papel do nutricionista tem sido entendido, pelos profissionais de saúde, como ainda muito limitado e associado à elaboração de dietas, e sua atuação concebida, frequentemente, como coadjuvante ao trabalho médico¹⁹.

Apesar das fragilidades ligadas à formação em saúde, têm ocorrido mudanças curriculares em alguns cursos da área, no sentido de inserir precocemente os estudantes nas comunidades e de reorientar as práticas. Além disso, tem havido diversas experiências ligadas à extensão universitária com ênfase em uma formação crítica. O governo federal, por meio do Ministério da Saúde, tem apoiado a formação para o SUS com iniciativas como: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação para o Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), visando fortalecer as ações da AB.

Quanto ao que poderia ser melhorado nas atividades educativas sob a ótica dos usuários, emergiram questões ligadas ao cumprimento do horário e à realização das atividades em períodos mais adequados às suas rotinas. Além disso, foi destacada a necessidade de maior integração entre o serviço e a comunidade, na perspectiva de ampliar a participação popular na identificação dos problemas.

Na USF Caleidoscópio, não existia Conselho Local de Saúde (CLS) na época da pesquisa, que, em tese, deveria fazer esse papel de representar os usuários nas decisões do serviço. Como lembram Vieira et al.³³, medidas efetivas de enfrentamento da insegurança alimentar exigem estratégias educativas que estimulem a autonomia e a participação popular. Nessa direção, os princípios da Educação Popular sistematizada por Paulo Freire, são alternativas promissoras para as abordagens educativas na área³⁴.

No período da coleta dos dados, só uma equipe fez uma reunião com os usuários para debater sobre questões ligadas ao funcionamento do serviço. A abordagem dos direitos da comunidade nas atividades, além de ser uma prática esporádica, tinha a ver mais com a lógica de ‘balcão de reclamação’ do que com o envolvimento da população nos processos de tomada de decisão na USF.

A dissociação entre processos de construção de identidades sociais, trajetórias de vida e consumo simbólico mostrou-se clara em muitos depoimentos. Sabemos que este tem sido um importante dilema no campo da promoção da saúde. Muitas vezes, embora exista um certo consenso sobre os obstáculos estruturais, simbólicos e culturais para a efetiva implementação de mudanças que favoreçam novas práticas de saúde e nutrição, prevalece, entre os profissionais, a ênfase nas estratégias focadas na modificação de comportamentos alimentares e estilos de vida.

A natureza complexa das práticas educativas em SAN e os limites do enfoque epidemiológico tradicional impõem a articulação de diferentes saberes e, sobretudo, abordagens que valorizem os significados atribuídos pelos profissionais e pelos usuários da AB ao seu cotidiano³⁵.

Considerações finais

Este estudo buscou trazer contribuições para a implementação da PNSAN no âmbito da AB a partir da análise das práticas educativas em SAN em uma USF do município de João Pessoa. A opção teórico-metodológica pelo estudo de caso, conjugando diferentes procedimentos de coleta de dados, mostrou-se adequada, tendo em vista que permitiu a apreensão do fenômeno estudado em profundidade, sob a perspectiva de diferentes atores, articulada às condições contextuais. No entanto, embora sejam possíveis generalizações analíticas por meio de estudos de caso, é preciso valorizar as singularidades de cada contexto.

Nessa direção, procuramos conhecer a percepção de atores inseridos em posições distintas da atenção em saúde na unidade selecionada. Porém, o fato de não termos incluído profissionais-chave do nível central da gestão municipal representou um limite da pesquisa. Procuramos contornar esse aspecto, mediante a participação em reuniões promovidas pelo nível central e acessando relatórios de gestão. Porém, avaliamos essas fontes como complementares, não substituindo as informações apreendidas nas entrevistas.

Os resultados evidenciaram potencialidades para o desenvolvimento das práticas educativas em SAN. A capilaridade da ESF tende a viabilizar a aproximação com as famílias e com a realidade local. Ao mesmo tempo, a disponibilidade de grande parte dos profissionais e usuários para participarem das iniciativas educativas, a existência de equipamentos sociais, além de dispositivos de apoio como o NASF e a EP, revelam oportunidades ricas para o aprimoramento das ações.

Por outro lado, apesar dos avanços ocorridos no âmbito da expansão e da consolidação da ESF em João Pessoa e da Política de SAN no país, persistem importantes desafios para consolidar a abordagem da SAN nas práticas educativas. As lacunas para um debate da AN sob uma perspectiva mais ampliada, na USF estudada, em parte, podem ser explicadas pelas variáveis contextuais e ligadas à organização do serviço e à implementação dos processos educativos. Questões relacionadas à debilidade do processo de qualificação das equipes pelo NASF, alta rotatividade dos profissionais, e fragilidade na integração entre serviços de saúde e comunidades, emergiram como aspectos centrais a serem superados.

Embora, no contexto investigado, houvesse esforços em direção a abordagens mais participativas, as experiências dos usuários ainda eram pouco valorizadas. Além disso, ainda existem fortes limitações relacionadas à formação dos profissionais de saúde, reconhecidamente marcada pela fragmentação do conhecimento. Certamente, a aproximação com novos referenciais analíticos e com ferramentas metodológicas que dialoguem com o campo das Ciências Sociais e Humanas pode contribuir para equacionar os desafios enfrentados nos diferentes contextos locais.

Como analisado neste estudo, a EP e o NASF, além do fortalecimento da parceria da ESF com universidades e intervenções intersetoriais, podem favorecer o desenho de iniciativas mais abrangentes e participativas no campo da AN na AB e a consolidação da PNSAN em João Pessoa. No entanto, ainda que tais iniciativas sejam implementadas em outros contextos e regiões, a avaliação permanente e multidimensional das estratégias desenvolvidas e dos desafios enfrentados é crucial para a geração de novos aprendizados e aprimoramento das intervenções.

Nessa perspectiva, apontamos a necessidade de novos estudos com foco em processos políticos, sociais e culturais relacionados ao campo da SAN, com o fim de avançar na compreensão dos obstáculos e das potencialidades para o estabelecimento efetivo do diálogo intersetorial no âmbito do SISAN.

Colaboradores

Ana Claudia Cavalcanti Peixoto de Vasconcelos foi responsável pela pesquisa, elaboração e redação do artigo. Rosana Magalhães orientou a pesquisa, participou da revisão crítica e colaborou na redação final.

Referências

1. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Construção do Sistema e da Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional: a experiência brasileira. FAO/ Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA). Brasília (DF): FAO, IICA; 2009.
2. Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Diário Oficial da União. 18 Set 2006.
3. Decreto nº 7.272, de 25 de agosto de 2010. Regulamenta a Lei nº 11.346, de 15 de setembro de 2006, que cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas a assegurar o direito humano à alimentação adequada, institui a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - PNSAN, estabelece os parâmetros para a elaboração do Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 26 Ago 2010.
4. Alves KPS, Jaime PC. A Política Nacional de AN e seu diálogo com a Política Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Cienc Saude Colet. 2014; 19(11):4331- 40.
5. Vasconcelos ACCP, Pereira IDF, Cruz PJSC. Práticas educativas em nutrição na Atenção Básica em Saúde: reflexões a partir de uma experiência de extensão popular em João Pessoa-Paraíba. Rev APS. 2008; 11(3):334-40.
6. Burlandy L. Experimentação de metodologia educativa em saúde e nutrição na atenção básica de saúde do município de Niterói com vistas à promoção da alimentação e modos de vida saudáveis [relatório de pesquisa]. Rio de Janeiro; 2008.
7. Castro IRR, Souza, TSN, Maldonado LA, Caniné ES, Rotemberg S, Gugelmin AS. A culinária na promoção da alimentação saudável: delineamento e experimentação de método educativo dirigido a adolescentes e a profissionais das redes de saúde e de educação. Rev Nutr. 2007; 20(6):571-88.
8. Meyer DEE, Mello DF, Valadão M.M, Ayres JRCM. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad Saude Publica. 2006; 22(6):1335-42.
9. Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. Interface (Botucatu). 2001; 5(8):121-6.
10. Albuquerque CAB. Segurança alimentar: um conceito em prática? [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.
11. Restrepo SLM. La promoción de la salud y sus aportes a la educación en alimentación y nutrición. Invest Educ Enferm. 2005; 23(1):110-7.
12. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookman; 2010.
13. Patton MQ, organizador. Qualitative research & evaluation methods. Thousand Oaks: Sage Publications; 2002.
14. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Plano Municipal de Saúde 2010-2013. João Pessoa: Prefeitura Municipal de João Pessoa; 2010.
15. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saude Publica. 2008; 24(1):17-27.

16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1992.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
18. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório de Gestão 2009. João Pessoa: Prefeitura Municipal de João Pessoa; 2010.
19. Camossa ACA, Telarolli Junior R, Machado MLT. O fazer teórico-prático do nutricionista na estratégia saúde da família: representações sociais dos profissionais das equipes. *Rev Nutr.* 2012; 25(1):89-106.
20. Silva DO. Reflexões conceituais e de profissionais de saúde sobre a promoção da alimentação saudável. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, organizadores. *Mudanças alimentares e educação nutricional.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 164-72.
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília (DF): MS; 2006.
22. Boog MCF. Dificuldades encontradas por médicos e enfermeiros na abordagem de problemas alimentares. *Rev Nutr.* 1999; 12(3):261-72.
23. Oliveira KS, Silva DO, Souza WV. Barreiras percebidas por médicos do Distrito Federal para a promoção da alimentação saudável. *Cad Saude Coletiva.* 2014; 22(3):260-5.
24. Prefeitura Municipal de João Pessoa. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Alimentação e Nutrição. Programas e ações: resultados. João Pessoa: Prefeitura Municipal de João Pessoa; 2013.
25. Herkovits D. Las fronteras de la medicalización: tensiones em torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en um centro de atención primaria de la ciudad de Buenos Aires. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(9):2543-51.
26. Azevedo E. Reflexões sobre riscos e o papel da ciência na construção do conceito de alimentação saudável. *Rev Nutr.* 2008; 21(6):717-23.
27. Freitas MCS. Educação alimentar e nutricional: aspectos sócio-culturais. *Rev Nutr.* 1997; 10(1):45-9.
28. Montanari M. Comida como cultura. São Paulo: Editora Senac; 2008.
29. Douglas M, Isherwood B. *The world of goods: towards an anthropology of consumption.* London: Taylor & Francis Group; 2006.
30. Garcia RWD. A publicidade e as práticas alimentares. In: Diez-Garcia RW, Cervato-Mancuso AM, organizadores. *Mudanças alimentares e educação nutricional.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. p. 128-35.
31. Maluf R. Segurança alimentar e nutricional. Petrópolis: Vozes; 2007.
32. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na AB à Saúde em um grande centro urbano. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(12):3289-300.
33. Vieira VL, Gregório MJ, Cervato-Mancuso AM, Graça APSR. Ações de AN e sua interface com segurança alimentar e nutricional: uma comparação entre Brasil e Portugal. *Saude Soc.* 2013; 22(2):603-17.
34. Vincha KRR, Cárdenas AP, Cervato-Mancuso AM, Vieira VL. Grupos de educação nutricional em dois contextos da América Latina: São Paulo e Bogotá. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(50):507-20.
35. Magalhães R. Avaliação de políticas e iniciativas públicas: dilemas e perspectivas metodológicas. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(5):1339-46.

Vasconcelos ACCP, Magalhães R. Práticas educativas en Seguridad Alimentaria y Nutricional: reflexiones a partir de la experiencia de la Estrategia Salud de la Familia en João Pessoa, Estado de Paraíba, Brasil. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(56):99-110.

Se buscó analizar los principales desafíos y perspectivas de las acciones educativas en Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), a partir de la experiencia de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en João Pessoa. Se realizó un estudio de caso exploratorio de naturaleza cualitativa que envolvió consulta documental, entrevistas semi-estructuradas y observación local. Se concluyó que, a pesar de los avances en lo que se refiere a las dinámicas de expansión y consolidación de la ESF en el municipio, persisten importantes desafíos para la introducción del abordaje de SAN en las prácticas educativas locales. Variables contextuales, tales como la baja calificación de los equipos, la alta rotación de los profesionales y la fragilidad en la integración entre los servicios de salud y las comunidades, surgieron como aspectos que se deben superar.

Palabras clave: Educación en salud. Seguridad Alimentaria y Nutricional. Implementación. Salud de la Familia.

Recebido em 26/02/15. Aprovado em 16/08/15.

Saúde, ecologia de saberes e estudos de impactos ambientais de refinarias no Brasil

José Marcos da Silva^(a)
Idê Gomes Dantas Gurgel^(b)
Lia Giraldo da Silva Augusto^(c)

Silva JM, Gurgel IGD, Augusto LGS. Health, ecology of knowledge and environmental impact studies on oil refineries in Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):111-22.

This paper presents an analysis on environmental impact studies on oil refineries. Critical analysis on public health was undertaken with a view to proposing an ecology of knowledge that would form an alternative to the traditional model for knowledge construction within the environmental licensing process. This was a qualitative study using document analysis to gather data, and thematic content analysis to assess the results. It was noted that in the traditional mode, there was fragmentation, reductionism, conceptual disconnection, omission of complex realities and silence regarding important issues relating to guaranteed rights, health and complaints about environmental conflicts. It was concluded that development of environmental impact studies provides an opportunity for practicing ecology of knowledge through production of knowledge shared with social movements. This should translate into an instrument for defense of life, with a view to action promoting public health and environmental protection.

Keywords: Health. Environment. Ecology of knowledge. Petroleum industry.

Este artigo apresenta uma análise de estudos de impactos ambientais de refinarias de petróleo. Realizou-se uma análise crítica sobre a saúde coletiva com vistas a propor uma ecologia de saberes alternativa ao modelo tradicional de construção de conhecimento no processo de licenciamento ambiental. Pesquisa qualitativa que utilizou a análise documental, para a coleta de dados, e a análise de conteúdo temático, para a análise dos resultados. Verifica-se que, no modo tradicional, há: fragmentação, reducionismo, desarticulação conceitual, omissão de realidades complexas, silenciamento sobre aspectos importantes para a garantia de direitos, saúde e denúncia de conflitos ambientais. Conclui-se que a elaboração de estudos de impactos ambientais é uma oportunidade para a prática da ecologia de saberes por meio da produção de conhecimentos compartilhada com os movimentos sociais, devendo traduzir-se em instrumento de defesa da vida, com vistas a ações de saúde coletiva e de proteção do ambiente.

Palavras-chave: Saúde. Ambiente. Ecologia de saberes. Indústrias petroquímicas.

^(a,b,c) Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Núcleo de Saúde Coletiva. Av. Professor Moraes Rego, s/n, campus da UFPE, Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. 50740-465. kinhoventuras@hotmail.com

Introdução

A defesa do ambiente está relacionada à proteção da saúde humana, como prevista na Constituição Federal de 1988 e na Política Nacional de Meio Ambiente¹. O principal procedimento para o licenciamento de empreendimentos tem sido os Estudos de Impactos Ambientais (EIAs), cujo objetivo é considerar a viabilidade, ou não, frente aos potenciais impactos biológicos, sociais, culturais e ambientais².

Autores estudaram EIAs no campo da saúde coletiva, discutindo a produção de conhecimento sobre os riscos, e ressaltaram que os aspectos de saúde devem ser considerados para a elaboração de propostas e solução de problemas gerados³⁻⁹.

Nesse sentido, a Avaliação de Equidade Ambiental representa uma prática de democratização dos procedimentos de avaliação de impacto participativa proposta pela Rede Brasileira de Justiça Ambiental (RBJA), destacando que é necessário superar a elaboração dos EIAs responsável como função burocrática e figurativa, incapaz de deter qualquer empreendimento impactante do ponto de vista ambiental e social, servindo, muito mais, para angariar legitimidade sociopolítica¹⁰.

Discussões sobre a inserção da análise de saúde nos EIAs vêm produzindo algumas mudanças, como a portaria conjunta do Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis (Ibama), portaria n. 259/2009, que obriga a inserção das questões relacionadas à saúde do trabalhador nos EIAs¹¹.

De modo semelhante, o artigo 23º da Constituição Federal de 1988 e a lei 6.938 foram atualizados com a Lei Complementar n. 140, de 8 de dezembro de 2011, fixando normas para a cooperação entre os entes federados nas questões de proteção ambiental¹².

Essas mudanças são oportunas, no momento de expansão da cadeia produtiva de petróleo no Brasil, que tem sido reconhecida por afetar a qualidade do ar, da água, do solo, e afetar os seres vivos¹³.

Em relação à saúde, essa cadeia produtiva está relacionada com: o aumento de câncer, o incremento das doenças neurológicas e psíquicas, das doenças de pele, do fígado, cardiovasculares, doenças respiratórias, os acidentes de construção, operação, manutenção, acidentes típicos de trabalho, acidentes químicos ampliados, que colocam em risco populações que vivem nos contornos dos empreendimentos¹⁴⁻¹⁹.

Essa problemática pode ser melhor compreendida a partir de experiências, como a da região do entorno da Refinaria Presidente Bernardes, em Cubatão, conhecida como “Vale da Morte”, que, nos anos de 1970 e 1980, representava símbolo da poluição industrial no país¹⁹. A poluição gerada atingia níveis alarmantes, que provocavam doenças respiratórias na população, além de casos de bebês nascidos com má-formação²⁰. Essa experiência contribui para contextualização de mudanças ecológicas introduzidas por novas refinarias^{5,21,22}.

Santos²¹ propõe a superação do “pensamento abissal” e sua soberania epistêmica, vindo da ciência moderna eurocêntrica, de declarada lógica dicotômica que exclui outras formas de saberes que não se encaixam nos critérios de objetividade e linearidade. Isso se daria por meio da “ecologia de saberes”, que parte do reconhecimento de outros saberes, além do científico.

A ecologia de saberes suscita um conjunto de ideias e imagens teóricas em que a mistura dos saberes e o diálogo entre eles se deslocam para o centro. O diálogo da pluralidade de saberes deve ser construído a partir do encontro de saberes, sejam eles não hegemônicos ou hegemônicos²¹.

Para Nunes²³, ecologia de saberes concebe a construção de conhecimento a partir da experiência do mundo dos oprimidos; e o critério de avaliação de um dado conhecimento depende do modo como ele afeta a existência dos povos envolvidos numa práxis indissociável da produção, avaliação e legitimação pelos sujeitos interessados. Justifica-se por considerar que as experiências de vida dos oprimidos lhes são inteligíveis, sob a crença de que as consequências nefastas possam ser previsíveis e controláveis^{21,23}.

Paulo Freire, Milton Santos, Eduardo Galeano e Enrique Dussel também defenderam formulações teóricas que assumam posições críticas quanto à prática de produção de conhecimento, propondo outro modo, que seja implicada à realidade da vida social das pessoas, para ajudar a transformá-las^{22,23}.

No que se refere ao desenvolvimento da ecologia de saberes, Freitas e Porto²⁴ analisaram contribuições de Boaventura de Sousa Santos para a saúde coletiva. Ressaltam sua importância, sobretudo, para as práticas de construção compartilhada do conhecimento, entendida como algo a ser construído pelos sujeitos em seus locais, em suas experiências cotidianas, compreendidas em articulação com ações sociais e coletivas.

Giatti, Landin e Toledo²⁵ realizaram revisão da produção acadêmica sobre a aplicabilidade da ecologia de saberes na saúde e constataram tímida permeabilidade.

O Dossiê Abrasco – um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde –, pode ser considerado uma experiência virtuosa de produção baseada na ecologia de saberes. Trata-se do resultado de uma articulação entre redes de movimentos sociais e pesquisadores da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, que interagiram para resistir aos efeitos do uso dos agrotóxicos na saúde humana, exigindo maior atuação do Estado brasileiro na garantia do direito à saúde²⁶.

O presente estudo não realizou uma ecologia de saberes, pois, para isso, seria necessária a incorporação das comunidades atingidas nos territórios e movimentos sociais envolvidos, mas uma análise crítica com vistas a propor uma ecologia de saberes como alternativa ao modelo tradicional de elaboração de EIAs de refinarias de petróleo no Brasil.

Método

Desenvolveu-se um estudo de casos, no período de março de 2013 a abril de 2014, com o objetivo de realizar um julgamento *ex-post* de uma intervenção. O estudo de casos costuma ser a primeira abordagem de um tema ainda pouco conhecido e cujas características ou variações não foram convenientemente detalhadas. Apesar de limitar-se a conclusões específicas, pequenas inferências e explicações, tal método permite, percorrendo-o, generalizações que poderão servir de fundamentos para novas teorias²⁷.

Seguiram-se três caminhos metodológicos: 1 análise do tema saúde coletiva nos EIAs; 2 análise crítica do modelo tradicional de elaboração dos EIAs; 3 proposição de perspectivas alternativas com base na ecologia de saberes.

Para todos os caminhos metodológicos, adotou-se a análise de conteúdo temático, técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e qualitativa do conteúdo manifesto das comunicações, que tem por fim interpretá-los²⁸.

A análise de conteúdo temático em três etapas: **pré-análise** – leitura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado; **exploração do material** – codificação, categorização e inferência; **interpretação** – análise dos significados dos enunciados que determinam suas características.

A definição das categorias analíticas, deu-se por elementos de conteúdo agrupados por sentido, por meio do modelo aberto em que as categorias não são fixas no início, mas tomam forma no curso da análise²⁹.

Adotou-se o *software QSR Nvivo 2.0* para criar as categorias e facilitar a releitura de textos, permitindo, ao pesquisador, operar e agrupar a diversidade de dados que mantinham algo em comum em relação ao tema²⁸.

Procedeu-se a um levantamento bibliográfico, utilizando as bases bibliográficas: Lilacs-Bireme, PubMed-MEDLINE e SciELO. As palavras-chave utilizadas em português foram: ecologia de saberes, saúde, ambiente e determinação social da saúde, com adição de termos correspondentes à refinaria de petróleo, impactos ambientais, licenciamento, estudos de impactos ambientais.

A seguir, são descritos os caminhos metodológicos:

1 Análise do tema saúde coletiva: foram escolhidos, por conveniência, os EIAs das refinarias de Paulínia, em Campinas/SP; refinaria Abreu e Lima, em Ipojuca/PE; do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro, em Itaboraí/RJ. Emergiram as seguintes categorias: equipe profissional, aspectos ambientais, aspectos populacionais, custos socioambientais e aspectos de saúde. Os EIAs são documentos de domínio público, disponibilizados pelo IBAMA e nas agências estaduais de meio ambiente.

2 Análise crítica ao modelo tradicional de elaboração: para cada categoria que emergiu da análise do tema saúde coletiva, foram realizadas críticas ao modelo tradicional de construção de conhecimento dos EIAs, a partir do marco teórico conceitual levantado.

3 Proposição de perspectivas alternativas para a ecologia de saberes: a partir do levantamento bibliográfico e da análise crítica ao modelo tradicional de elaboração dos EIA, foram identificadas perspectivas para a ecologia de saberes em inter-relação com a saúde coletiva.

Resultados e discussão

No Quadro 1, estão: os resultados sobre equipe profissional, a análise crítica ao modelo tradicional de construção de conhecimento dos EIAs e as perspectivas alternativas para a ecologia de saberes.

Quanto à equipe profissional, emerge a ideia de um grupo de profissionais que se reúne para apresentar pareceres restritos aos seus campos disciplinares ou especialidades.

Verifica-se que não há trabalho interdisciplinar. Isso parece dificultar a formulação de explicações próximas da realidade complexa que envolve a implantação de refinarias.

A perspectiva crítica considera o processo de elaboração dos EIAs como um processo interdisciplinar capaz de produzir uma análise de impactos correlacionando diversos campos disciplinares e diversos saberes, evidenciando conexões entre eles, de modo a produzir informações úteis à proteção da saúde e do ambiente. O modo tradicional de produção das informações nos EIAs, prejudica a articulação entre as dimensões de saúde e de ambiente.

Os especialistas informam sobre aspectos da realidade de forma fragmentada, sem considerar como o processo de implantação de uma refinaria modifica os territórios. Assim, contrariam a recomendação de que as análises sejam realizadas por equipe multiprofissional, capaz de valorar as relações do ambiente e da saúde, considerando mudanças no perfil epidemiológico e impactos ao sistema de saúde, antecipando mudanças na morbimortalidade dos grupos vulneráveis¹³.

É imprescindível a participação de profissionais capazes de: avaliar situações e riscos de adoecimento, realizar planejamento estratégico situacional, apontar prioridades para a vigilância em saúde, com vistas à promoção da saúde. Ademais, avaliar o impacto na seguridade social pelos custos e anos potenciais de vidas perdidos pelos acidentes de trabalho e acidentes químicos ampliados^{9,12,17}.

As equipes de consultores são compostas por profissionais especialistas contratados pelos empreendimentos. Essa realidade está relacionada à falta de autonomia das consultorias e dos profissionais contratados pelos empreendimentos interessados no licenciamento. Ademais, há a falta de capacitação dos órgãos licenciadores e assimetria de recursos das populações atingidas para a produção de contrapareceres e contraexpertise^{6,7}.

Quanto às bases de conhecimento da equipe, constata-se o predomínio de engenheiros e de biólogos. As considerações sobre a saúde não são realizadas a partir da interface com o ambiente, a produção, o trabalho e as tecnologias^{6,8}.

O que se sobressai é a forma de conceber a avaliação dos impactos ambientais, sem levar em consideração os diversos campos de saberes próprios da saúde coletiva. Assim, produz-se um conhecimento enviesado e há ocultação de situações de risco que acabam por desfavorecer os grupos humanos vulneráveis^{17,18}.

Ademais, inexistente um sistema de informação em saúde que possibilite a qualidade das informações sobre os contextos de cenários prospectivos de situações de risco envolvendo o refino de petróleo.

A complexidade envolvida nesses contextos e processos exige a integração de saberes e a utilização de múltiplos métodos de diversos campos das ciências humanas, da saúde coletiva, das ciências ambientais, das engenharias, considerando os contextos de vida das comunidades e a saúde coletiva²⁴.

Segundo Luz³⁰, o olhar sobre a complexidade, buscado pela saúde coletiva, exige abordagens multidisciplinares, interdisciplinares e transdisciplinares. A ecologia de saberes desponta como potente para produzir conhecimento a partir da problematização e da inclusão daqueles que vivenciam o mundo real em que, de fato, os fenômenos ocorrem. É uma concepção que propõe a integração de saberes técnicos, científicos e populares^{21,22,24}.

Essa perspectiva favorece apreender e interpretar o processo saúde-doença e desenvolver novas tecnologias de intervenção condizentes com as demandas sociais, legitimadas pelos movimentos sociais^{10,26,30,31}.

Quadro 1. Equipe profissional nos EIAs, a análise crítica ao modelo tradicional de construção de conhecimento dos EIAs e as perspectivas alternativas para a ecologia de saberes, Brasil, 2014

Categoria	Conteúdos temáticos extraídos dos EIA	Análise crítica ao modelo tradicional de construção de conhecimento dos EIAs	Perspectivas alternativa para a ecologia de saberes
Equipe profissional	<p>Diferentes profissionais contratados para apresentar parecer sobre os impactos a partir de elementos do campo disciplinar de cada um;</p> <p>A metodologia de trabalho é fixada com vista a cumprir o termo de referência, não abordando o que deve ser observado pelos especialistas;</p> <p>As conclusões dos EIA são baseadas, unicamente, nas experiências dos especialistas com predomínio de engenheiros civis, engenheiros químicos, engenheiros de produção, físicos e biólogos – engenharias e biologia.</p>	<p>Desarticulação dos especialistas em torno de um problema comum, não funcionando como equipe integrada que atua conjuntamente. A interdisciplinaridade não está incorporada;</p> <p>Não realizam procedimentos metodológicos para abordar as realidades sociais, incluindo a saúde em suas múltiplas dimensões, o que exigiria profissionais do campo da saúde coletiva;</p> <p>As referências utilizadas em geral não se baseiam em estudos e pesquisas amplas que incluem os vários campos de saberes, inclusive os da saúde coletiva.</p> <p>A qualidade dos EIAs fica comprometida quando comparada com a literatura especializada.</p>	<p>Integração de profissionais que elaboram correlações e colocam em evidências as conexões entre as diversas considerações, integrando suas atividades e discutindo saberes.</p> <p>Os impactos à saúde são identificados por profissionais com qualificação técnica em saúde coletiva que utilizem a abordagem da saúde ambiental na perspectiva da teoria da complexidade contemplando a inter-relação dos processos produtivos com o ambiente e a saúde.</p> <p>Os métodos de pesquisa e o referencial teórico das ciências humanas e da saúde são empregados nos EIAs em triangulação para responder a complexidade dos impactos na vida e trabalho da população. Os movimentos sociais participam da produção, aprovação e legitimação do conhecimento como sujeitos de pesquisa.</p>

No Quadro 2, são apresentados os resultados relativos aos aspectos ambientais e aos aspectos demográficos. Esses são aspectos estratégicos para se pensar uma abordagem integrada de saúde e ambiente.

Verifica-se que o conceito de ambiente, que emerge dos EIAs, refere-se aos aspectos físicos da área geográfica a ser afetada pelo empreendimento, correspondendo às áreas de influência direta que compreende uma faixa ao longo das vias de suprimento de matérias-primas. O ambiente fica reduzido ao físico, no qual intensidade e magnitude dos impactos incidem direta ou indiretamente³². Além disso, limita-se ao político-administrativo dos municípios e do entorno do empreendimento, desconsiderando o potencial de transferência de nocividades entre municípios, estados e regiões geográficas.

Os aspectos ambientais e demográficos distanciam-se das discussões que se voltam para o conceito de território, que internaliza informações acerca: da história, dos grupos populacionais, das forças políticas, das redes sociais e técnicas, dos ecossistemas, do qual o ser humano faz parte¹⁰.

Reduzir o ambiente apenas ao aspecto físico representa não incorporar os conflitos. Por exemplo, nos EIAs, não há referências a processos de dominação política e expropriação econômica. Também não são referidos os conflitos por questões fundiárias, envolvendo povos tradicionais (indígenas, pescadores, ribeirinhos, quilombolas, posseiros), especuladores de terra e empresários.

A perspectiva para a ecologia de saberes utiliza-se de informações sobre características das diferentes comunidades existentes e suas vulnerabilidades, suas histórias, a distribuição

populacional, atividades econômicas desenvolvidas, e os projetos locais de desenvolvimento sustentável, as relações sociais e culturais e suas interfaces com o ecossistema²¹⁻²⁴.

Uma iniciativa que pode ser considerada uma ação baseada na ecologia de saberes tem sido a da RBJA que, em articulação com a Fundação Oswaldo Cruz, mantém o mapa de conflitos envolvendo injustiça ambiental e saúde no Brasil, colocando, em evidência, os territórios onde existem conflitos e injustiças praticados por empreendimentos³³.

Esse mapa torna-se fundamental ao processo de licenciamento ambiental, pois revela conflitos e torna visíveis grupos vulneráveis que devem ser considerados na realização da avaliação de impactos ambientais, com vistas à garantia de proteção de seus direitos constitucionais.

Existe uma tensão entre os interesses de governos, empresários, investidores financeiros³⁴ e os interesses dos povos tradicionais³². Esses são desconsiderados nos EIAs. Revelar os diferentes interesses permite que a sociedade possa participar da discussão sobre o licenciamento, ou não, de forma minimamente esclarecida, podendo posicionar-se sobre a violação dos direitos de grupos sociais mais vulneráveis.

Diversos autores concordam que as decisões relativas à complexidade dos conflitos ambientais perpassam o reconhecimento do caráter inseparável do ambiente em relação às pessoas que nele vivem e dele dependem para sua reprodução e metabolismo social^{32,33}.

As comunidades, nos seus territórios, têm o direito a uma vida saudável. Por isso, os EIAs são importantes para a prevenção de danos à saúde dos grupos humanos vulneráveis, provendo medidas de redução das nocividades advindas dos artefatos técnicos e dos perigos ambientais decorrentes da poluição produzida pelas refinarias de petróleo²⁰.

Quadro 2. Aspectos ambientais e demográficos nos EIAs, a análise crítica ao modelo tradicional de construção de conhecimento dos EIAs e as perspectivas alternativas para a ecologia de saberes, Brasil, 2014

Categoria	Conteúdos temáticos extraídos dos EIA	Análise crítica ao modelo tradicional de construção de conhecimento dos EIAs	Perspectivas alternativa para a ecologia de saberes
Aspectos ambientais	Correspondem aos limites da área geográfica a ser direta ou indiretamente afetada pelos impactos – Áreas de influência direta e indireta.	Ausência de aspectos sócioantropológicos e culturais que formam os contextos, onde estão os conflitos entre os desenvolvimentistas, produtivistas e comunidades como um todo, como apontam pensadores da geografia crítica.	O ambiente é considerado como uma dimensão inseparável dos sujeitos que nele vivem e dele dependem para a sua reprodução social, conformada pelas reproduções bio-comunal, de consciência, de conduta, econômica, política e ecológica.
Aspectos demográficos	As populações habitantes dos territórios são consideradas unicamente a partir de dados numéricos referentes à contagem populacional do setor censitário do IBGE. Apenas as organizações sociais formais são consideradas como “proprietários” ou “não proprietários” de terras. Considerações genéricas a respeito do crescimento populacional – migração, frequentemente associado à geração de empregos.	Não elaboram, não sistematizam, não colidem e nem organizam informações sobre os grupos sociais e as intervenções que alterarão seus modos de vida. O uso de categorias físico espaciais, sem qualquer consideração em relação às populações humanas, cuja realidade sociológica ultrapassa o físico geográfico. Não sistematizam a estimativa da população residente, bem como, os dados mais elementares de população, como: população economicamente ativa, profissão e pirâmide etária.	São utilizadas análises sócio-antropológicas e cultural da população. Estudos de cenários do processo de migração e ocupação dos territórios tendo como referência outros pólos industriais e as consequências para a saúde coletiva. Uso de categorias sociais e antropológicas e suas relações com a saúde coletiva identificando vulnerabilidades.

No que se refere aos aspectos demográficos, há um reducionismo ao tratar das populações, habitantes do espaço geográfico, apenas como referência a valores numéricos do setor censitário.

Na concepção da ecologia de saberes, pode-se afirmar que, as informações censitárias dão espaço para aspectos das relações sociais, e das identidades histórico-culturais. Nos EIAs, apenas as organizações sociais formais são reconhecidas como detentoras de direitos por danos causados pelo empreendimento.

O que se encontra nos EIAs são informações genéricas sobre a dinâmica populacional, sem projeções de crescimento populacional em decorrência do fluxo migratório ocasionado pela busca de oportunidade nos locais onde são implantadas as refinarias. Como alternativa, propõe-se produzir informações necessárias sobre grupos sociais, utilizando categorias sociológicas e antropológicas em suas relações com a saúde coletiva, como a identificação de populações em situação de vulnerabilidades e as possibilidades de intervenções sobre os riscos⁵⁻⁷.

A incipiência de informações importantes sobre a população dos locais de implantação pode ser um mecanismo de omissão de um dado importante para a análise dos potenciais impactos negativos, percebidos após a implantação efetiva do empreendimento. Assim, os impactos negativos são subestimados no momento do licenciamento, quando poderiam ter utilizado modelos analíticos de construção de cenários prospectivos de situações de perigo⁵.

O que se observou, na análise do tema saúde nos EIAs, foi o escamoteamento de riscos previsíveis, por meio da utilização de informações desconectadas das relações socioambientais no território de implantação das refinarias.

A ecologia de saberes valoriza a produção de informações construídas junto com os sujeitos sociais potencialmente atingidos e favorece a valorização da história de experiências de polos industriais similares em territórios contaminados marcados por injustiça ambiental¹⁴. Dessa maneira, as experiências vivenciadas servem como referências para que não se reproduzam violências e injustiças³³.

No Quadro 3, estão os resultados sobre os custos socioambientais. Nota-se que não são devidamente identificados e dimensionados. Há a não-internalização dos custos provocados por: reassentamento das pessoas, desterritorialização, ocupação desordenada do território, perda dos modos de vida, pressão sobre os sistemas de seguridade social, intensificação do tráfego automotivo, e pelo tráfego de produtos perigosos, violência, racionamento do abastecimento de água, déficit na rede de esgoto, e problemas com o destino final de resíduos¹³.

Assim, há externalização dos custos para a população local, e, também, para a sociedade como um todo, já que as externalidades negativas sobre a saúde, no médio e longo prazo, recaem sobre o SUS.

Como proposta alternativa, ao modelo tradicional de análise dos custos socioambientais, preconiza-se a aplicação de abordagens integradoras para analisar danos ambientais, consequências para os grupos sociais vulneráveis^{6,7}.

A ecologia de saberes para a elaboração dos EIAs toma a equidade social de gênero, de raça e de geração como orientadora do estabelecimento de medidas preventivas, adequadas ao contexto complexo da indústria do refino do petróleo¹⁰.

Do mesmo modo, os processos ecológicos, tecnológicos e culturais são articulados para o desenvolvimento humano nos territórios²³, reconhecendo os processos que refletem valores e interesses sociais diversos, bem como, relações de poder conflitantes que se constituem na expressão histórica das relações sociais e das formas de reprodução social³¹.

A perspectiva é a de que as informações contribuam para dar voz aos grupos afetados pelos impactos, mesmo contrariando os projetos hegemônicos^{34,35}. Do modo como têm sido elaborados os EIAs, aos povos, comunidades tradicionais e organizações da sociedade civil, são negadas informações sobre os potenciais impactos, inviabilizando a discussão sobre as alternativas oriundas do conhecimento dos povos, das potencialidades sociais e tecnológicas⁵⁻⁷.

De acordo com Morgan³⁵, é fundamental, para o processo decisório, envolver pessoas socialmente comprometidas e esclarecidas sobre os conceitos, objetivos e implicações atuais e futuras do licenciamento ambiental, sendo fundamental que as mesmas conheçam as convenções, legislações e o conceito de desenvolvimento sustentável.

Os saberes populares e tradicionais são desvalorizados e considerados atrasados, no entanto, foram eles que garantiram a vida por contribuírem para a manutenção dos ecossistemas, enquanto os da “modernidade”, com menos de trezentos anos, colocam a sobrevivência do planeta em perigo^{33,36-38}.

Nesse contexto, a perspectiva para a ecologia de saberes valoriza a intersubjetividade, com vista a respeitar o direito das populações locais e da sociedade, de não aceitar, em seus territórios, determinados processos produtivos que, além de causarem danos à saúde, representam mudanças na história, cultura e nos modos de sobrevivência^{10,37}.

Torna-se necessário um ponto de equilíbrio entre os projetos de infraestrutura dos governos e o respeito aos direitos humanos e constitucionais dos povos tradicionais. O papel dos EIAs é evitar que empreendimentos produzam situações que atinjam povos e comunidades que vivem do manejo equilibrado dos bens ambientais^{10,37}.

Quadro 3. Custos socioambientais nos EIAs, a análise crítica ao modelo tradicional de construção de conhecimento dos EIAs e as perspectivas alternativas para a ecologia de saberes, Brasil, 2014

Categoria	Conteúdos temáticos extraídos dos EIA	Análise crítica ao modelo tradicional de construção de conhecimento dos EIAs	Perspectivas alternativa para a ecologia de saberes
Custos socio-ambientais	<p>Desconsidera a aplicabilidade de abordagens sócioantropológicas e as categorias de raça, etnia, cor, gênero, geração etc.;</p> <p>Ausência de previsão dos custos para os empreendedores pelo aumento da poluição;</p> <p>Desconsideração dos custos por: perda da cultura; da ocupação desordenada do solo; do aumento da violência/criminalidade e da prostituição; de novos danos à saúde da população; da pressão sobre os serviços locais de habitação, saúde, educação, assistência social.</p>	<p>A omissão dos custos socioambientais parece uma tendência dos empreendedores em não assumir os custos;</p> <p>Os custos reais não são revelados, que pode ser uma estratégia para externalizar a responsabilidade;</p> <p>Não há a possibilidade de conclusão referente aos aspectos socioeconômicos;</p> <p>Desconsideram os grupos sociais e populacionais vulneráveis pelos impactos.</p> <p>Faltam estudos de cenários, a respeito da população atraída pela e para implantação, operação ou modernização e a repercussão para a população residente;</p> <p>Ausência dos aspectos relacionados à exportação de riscos entre regiões.</p>	<p>Utilização de método sócioantropológico que revele os valores econômicos relacionados aos impactos;</p> <p>Responsabilização os empreendedores pelos custos diretos e indiretos para a descontaminação ambiental e assistência à saúde em situações de exposição a poluentes químicos, desastres e acidentes industriais ampliados;</p> <p>Desenvolvimento de estudos de cenários do fluxo migratório, os danos ambientais e as consequências para os grupos sociais e populacionais vulneráveis;</p> <p>Análise ampliada dos riscos apontando as medidas mitigadoras ou a aplicação do princípio da precaução e sua aplicação com base em dois pressupostos: a possibilidade de que condutas humanas causem danos coletivos vinculados a situações catastróficas que podem afetar o conjunto de seres vivos; e a falta de evidência científica (incerteza) a respeito da existência do dano temido.</p>

Em relação à saúde (Quadro 4), verificou-se que esse conceito, nos EIAs, reproduz a ideia de ausência de doença. É reproduzida uma concepção baseada numa visão biologicista, individual, centrada na perspectiva de causalidade linear, deixando de considerar as inter-relações existentes entre adoecer e morrer com os aspectos socioculturais e ambientais, nos contextos de vida e de trabalho⁵⁻⁷.

A teoria da unicausalidade é fortemente evocada (todo acidente ou doença tem uma causa, e cada causa determina um único acidente ou doença). Não emergem considerações ao SUS, nem aos seus

princípios e diretrizes. Não concebem a promoção da saúde e a qualidade de vida, e desconsideram as Redes de Atenção Integral em Saúde^{6,7}.

Pode-se afirmar que a explicação dos fenômenos se dá de forma reduzida e isolada. As doenças são concebidas como geradas por agentes patogênicos, e não como resultantes da determinação social da saúde³¹.

Em outra direção, a perspectiva da ecologia de saberes incorpora o conceito de saúde como um direito para a realização da vida. Por isso, saúde significa: ter condições adequadas de moradia, possibilidade de trabalhar sem adoecer por exposição a situações de riscos no ambiente de trabalho, ter acesso a espaços saudáveis para lazer e práticas de vida saudável, alimentação saudável e de fácil acesso, poder desfrutar do ar puro, de clima adequado.

Para a ecologia de saberes, saúde é interdependente: da sustentabilidade ecológica, da democracia, da garantia dos direitos humanos, da promoção da justiça social, todos os aspectos responsáveis pela produção da qualidade de vida.

Concorda-se com Ianni³⁹, ao considerar saúde como resultado de processos e interações que resultam em mudanças e adaptações constantes, variando segundo os tempos históricos e sociais, em inter-relação com a dinâmica da natureza.

Quadro 4. Aspectos de saúde nos EIAs, a análise crítica ao modelo tradicional de construção de conhecimento dos EIAs e as perspectivas alternativas para a ecologia de saberes, Brasil, 2014

Categoria	Conteúdos temáticos extraídos dos EIA	Análise crítica ao modelo tradicional de construção de conhecimento dos EIAs	Perspectivas alternativa para a ecologia de saberes
Aspectos de Saúde	<p>Saúde como ausência de doença numa concepção baseada na unicausalidade em que todo acidente ou doença, tem uma única causa e cada causa determina um único acidente ou doença.</p> <p>Não consideram a existência do Sistema Único de Saúde, seus princípios e diretrizes, nem consideram a Promoção da Saúde e a qualidade de vida.</p> <p>Desconsideram as Redes de Atenção Integral de Saúde.</p>	<p>Os acidentes são explicados como culpa do trabalhador (ação isolada do indivíduo), o ato inseguro; as doenças como resultantes específicas da atuação de agentes patogênicos sobre o organismo;</p> <p>Abordagem biologicista, individual, centrada no conhecimento médico, na exposição a agentes externos na concepção linear de causa-efeito.</p> <p>A saúde não está relacionada aos determinantes socioambientais envolvendo as refinarias</p>	<p>Saúde garantida mediante políticas públicas saudáveis que promovem o bem-estar, a qualidade de vida, que respeitam o lugar, as culturas e as histórias dos povos.</p> <p>Compreensão de que a saúde é determinada pelas condições econômicas, sociais e ambientais, conseqüentemente, pelo modelo de desenvolvimento adotado pelo país.</p> <p>Saúde interdependente da sustentabilidade ecológica, da democracia, direitos humanos, da justiça social e qualidade de vida.</p>

Considerações finais

Os resultados apontam para os potenciais da ecologia de saberes como proposta alternativa ao modo tradicional de elaboração de EIAs de refinarias no Brasil, superando-se as ausências de aspectos importantes para a proteção da saúde.

Essa perspectiva favorece a maior integração de profissionais, conceitos, estratégias e métodos de produção de conhecimento sobre saúde coletiva na elaboração de EIAs.

Buscou-se contribuir com a discussão em torno do valor dos EIAs e a importância da ecologia de saberes como proposta emancipatória, integradora e alternativa ao modo hegemônico de produção de conhecimento técnico-científico.

Este artigo não esgota as possibilidades de aplicabilidade da ecologia de saberes em outras dimensões da saúde coletiva, sendo necessário o desenvolvimento de pesquisas empíricas, sobretudo, envolvendo os movimentos sociais.

As discussões apontam para aspectos fundamentais para profissionais que têm a democracia como um valor na atividade e produção acadêmica, sendo a elaboração dos EIAs um momento importante para a produção compartilhada de conhecimento a partir da participação social.

Colaboradores

Os autores Silva JM e Augusto LGS participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e redação, e da revisão do texto. Gurgel IDG participou da revisão bibliográfica, de discussões e revisão do texto.

Referências

1. Parecer jurídico. Paulo Affonso Leme Machado. Competência da Saúde na área de saúde ambiental: análise sobre as necessidades de inclusão de mecanismos legais complementares aos já existentes nas Leis 8.080/90 e 8.142/90. Brasília (DF); 2004. p. 1-70.
2. Cartilha de licenciamento ambiental. Brasília (DF): Tribunal de Contas da União; 2007.
3. Cancio JA. Inserção das questões de saúde no estudo do impacto ambiental [dissertação]. Brasília (DF): Universidade Católica de Brasília; 2008.
4. Silva JM, Gurgel AM, Gurgel IDG, Augusto LGS. A inter-relação saúde, trabalho e ambiente no licenciamento da refinaria do nordeste. *Tempus Act Saude Colet.* 2009; 4(4):72-83.
5. Gurgel AM, Medeiros ACLV, Alves PC, Silva JM, Gurgel IDG, Augusto LGS. Framework dos cenários de risco no contexto da implantação de uma refinaria de petróleo em Pernambuco. *Cienc Saude Colet.* 2009; 14(6):2027-38.
6. Silva JMS, Augusto LGS, Gurgel IDG. Saúde do trabalhador nos estudos de impactos de refinarias de petróleo. *Cad Saude Colet.* 2013; 21(3):325-31.
7. Silva JM, Santos MOS, Augusto LGS, Gurgel IDG. Desenvolvimento sustentável e saúde do trabalhador nos estudos de impacto ambiental de refinarias no Brasil. *Saude Soc.* 2013; 22(3):687-700.
8. Rigotto RM, Alió MA. Indústria, ambiente e saúde: licenciamento ambiental na Europa e no Brasil. *Rev Mercator.* 2003; 2(4):77-86.
9. Rigotto RM. Inserção da saúde nos estudos de impacto ambiental: o caso de uma termelétrica a carvão mineral no Ceará. *Cienc Saude Colet.* 2009; 14(6):2049-59.
10. Garzon LFN. Relatório síntese: projeto avaliação de equidade ambiental como instrumento de democratização dos procedimentos de avaliação de impactos de projetos de desenvolvimento. Rio de Janeiro: ETERN; 2011.

11. Portaria conjunta Ministério do Meio Ambiente e Instituto Brasileiro de Meio Ambiente e Recursos Naturais Renováveis, n. 259, de 7 de agosto de 2009. Dispõe sobre a inclusão no Estudo e Relatório de Impacto Ambiental de capítulo específico sobre as alternativas de tecnologias mais limpas para reduzir os impactos na saúde do trabalhador e no meio ambiente, incluindo poluição térmica, sonora e emissões nocivas ao sistema. Diário Oficial da União. 13 Ago 2009. Seção 1:192.
12. Lei Complementar nº 140, de 8 de dezembro de 2011. Fixa normas, nos termos dos incisos III, VI e VII do caput e do parágrafo único do art. 23 da Constituição Federal, para a cooperação entre a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios nas ações administrativas decorrentes do exercício da competência comum relativas à proteção das paisagens naturais notáveis, à proteção do meio ambiente, ao combate à poluição em qualquer de suas formas e à preservação das florestas, da fauna e da flora; e altera a Lei no 6.938, de 31 de agosto de 1981. Diário Oficial da União. 9 Dez 2011. Seção 1:3.
13. Sevá Filho AO. Problemas intrínsecos e graves da expansão mineral, metalúrgica, petrolífera e hidroelétrica nas Amazônia. In: Zhouri A, Laschefski K, organizadores. Desenvolvimento e conflitos ambientais. Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2010. p. 114-47.
14. Augusto LGS. Estudo das alterações morfológicas (medula óssea) em portadores de neutropenia secundária à exposição ao benzeno [tese]. Campinas (SP): Universidade de Campinas; 1991.
15. Augusto LGS. Exposição ocupacional a organoclorados em indústria química de Cubatão-Estado de São Paulo: avaliação do efeito clastogênico pelo Teste de Micronúcleos [tese]. Campinas (SP): Universidade de Campinas; 1995.
16. Ferreira LL, Iguti AM. O trabalho dos petroleiros: perigoso, complexo, contínuo e coletivo. São Paulo: Scritta; 1996.
17. Souza CAV, Freitas CM. Perfil dos acidentes de trabalho em refinaria de petróleo. Rev Saude Publica. 2003; 36(5):576-83.
18. Freitas CM, Porto MFS, Gomes CM. Acidentes químicos ampliados: um desafio para a saúde pública. Rev Saude Publica 2001; 21(2):503-14.
19. Augusto LGS, Novaes TCP. Ação médico-social no caso do benzenismo em Cubatão, São Paulo: uma abordagem interdisciplinar. Cad Saude Publica. 1999; 15(4):729-38.
20. Mariano JB. Impactos ambientais do refino de petróleo [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2001.
21. Santos BS. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. Rev Crit Cienc Soc. 2007; 78(1):3-46.
22. Pidner FS. Diálogos entre ciência e saberes locais: dificuldades e perspectivas [dissertação]. Belo Horizonte (BH): Universidade Federal de Minas Gerais; 2010.
23. Nunes JA. O resgate da epistemologia. Rev Crit Cienc Soc. 2008; 80(1):45-70.
24. Freitas JD, Porto MF. Por uma epistemologia emancipatória da promoção da saúde. Trab Educ Saude. 2011; 9(2):179-200.
25. Giantti LL, Landin R, Toledo RF. Aplicabilidade da ecologia de saberes em saúde e ambiente e sua permeabilidade na produção acadêmica. Cienc Saude Colet. 2014; 19(10):4091-102.
26. Carneiro FF, Pignati W, Rigotto R M, Augusto LGS, Rizzolo A, Faria NMX, editores. Dossiê Abrasco: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2015.
27. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
28. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2013.

29. Silva CR, Bobbi BC, Simão AD. O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: descrição e aplicação do método. *Organ Rurais Agroind*. 2005; 7(1):70-81.
30. Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saude Soc*. 2009; 18(2):304-11.
31. 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 Supl 1:S13-S27.
32. Zhouri A. Justiça ambiental, diversidade cultural e accountability: desafios para a governança ambiental. *Rev Bras Cienc Soc*. 2008; 3(68):97-194.
33. Porto M, Pacheco T. Conflitos e injustiça ambiental em saúde no Brasil. *Tempus Act Saude Colet*. 2009; 4(4):26-37.
34. Borges AC. A dimensão política do atual processo de agilização do licenciamento ambiental no Brasil. *Rev Gest Polit Publicas*. 2013; 3(2):284-306.
35. Morgan RK. *Environmental impact assessment*. Dordbrecht: Kluwer Academic Publishers; 1998.
36. Gómez CM, Minayo MCS. Enfoque ecossistêmico de Saúde: uma estratégia transdisciplinar. *Interfacehs*. 2006; 1(1):1-19.
37. Augusto LGS, Góes L. Compreensões integradas para a vigilância da saúde em ambiente de floresta: o caso da Chapada do Araripe, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007; 23 Sup 4:S549-S558.
38. Porto MFS, Milanez B. Eixos de desenvolvimento econômico e geração de conflitos socioambientais no Brasil: desafios para a sustentabilidade e a justiça social. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(6):1983-94.
39. Ianni AMZ. Biodiversidade e Saúde Pública: questões para uma abordagem. *Saude Soc*. 2005; 14(2):77-88.

Silva JM, Gurgel IGD, Augusto LGS. Salud, ecología de los saberes y estudios de impactos ambientales de refinerías en Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):111-22.

Este artículo presenta un análisis de estudios de impactos ambientales de refinerías de petróleo. Se realizó un análisis crítico sobre la salud colectiva con el objetivo de proponer una ecología de saberes alternativa al modelo tradicional de construcción de conocimiento en el proceso de licenciamiento ambiental. Estudio cualitativo que utilizó el análisis documental para la colecta de datos y el análisis de contenido temático para el análisis de los resultados. Se verifica que en el modo tradicional hay fragmentación, reduccionismo, desarticulación conceptual, omisión de realidades complejas, silenciamiento sobre aspectos importantes para la garantía de derechos, salud y denuncia de conflictos ambientales. Se concluye que la elaboración de estudios de impactos ambientales es una oportunidad para la práctica de la ecología de los saberes por medio de la producción de conocimientos compartida con los movimientos sociales, debiendo traducirse en instrumentos de defensa de la vida, con el objetivo de acciones de salud colectiva y de protección del ambiente.

Palabras clave: Salud. Ambiente. Ecología de los saberes. Industria do petróleo.

Recebido em 25/07/14. Aprovado em 17/08/15.

Palhaços:

uma revisão acerca do uso dessa máscara no ambiente hospitalar

Mariana Sato^(a)
 Artur Ramos^(b)
 Carolina Costa Silva^(c)
 Gustavo Rosa Gameiro^(d)
 Camila Morato da Conceição Scatena^(e)

Sato M, Ramos A, Silva CC, Gameiro GR, Scatena CMC. Clowns: a review about using this mask in the hospital environment. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):123-34.

Groups of voluntary or professional artists have been formed in order to visit patients in hospitals around the world, as clowns, using humor as a tool to promote the care and recovery process. There are few studies on this topic in the scientific literature. Thus, construction of a theoretical field that is able to support this activity is only just beginning. Therefore, we conducted a bibliographic review based on 33 papers about different clown groups acting in different hospitals worldwide, in order to better comprehend how these visits take place and how they can effectively achieve good results. It was observed that these encounters can establish deep relationships that are capable of creating new meanings for the hospital environment, empowering patients and serving as a relationship model for all the healthcare staff involved.

Keywords: Clown. Care. Art.

Grupos de artistas profissionais ou voluntários têm-se formado com o intuito de visitar, como palhaços, pacientes em hospitais ao redor do mundo, fazendo uso do humor como ferramenta a favor do cuidado e do processo de recuperação. Há poucos estudos relacionados ao tema na literatura científica. Assim, a construção de um campo teórico capaz de subsidiar essas atuações ainda é incipiente. Realizamos, portanto, uma revisão bibliográfica, a partir de 33 artigos, sobre a atuação de diferentes grupos de palhaços em vários hospitais do mundo, a fim de compreender melhor como se dão estas visitas e de que modo podem efetivamente trazer resultados positivos. Foi observado que estes encontros podem estabelecer relações profundas capazes de ressignificar o ambiente hospitalar, empoderar os pacientes e servir como modelo de relação para toda a equipe de saúde envolvida.

Palavras-chave: Palhaço. Cuidado. Arte.

^(a) Fundação Faculdade de Medicina, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (FMUSP). Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 171, Jardim América. São Paulo, SP, Brasil. 05403-010. marianaesato@gmail.com

^(b,c,d) Acadêmicos, FMUSP. São Paulo, SP, Brasil. artur.ramos@usp.br; carolina.costa.silva@usp.br; gustavo.gameiro@usp.br

^(e) Universidade Federal do Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil. cascatena@gmail.com

Introdução

“O médico escutou tudo isto, sem me interromper. E a mim, essa escuta que ele me ofereceu quase me curou. Então eu disse: já estou tratado, só com o tempo que me cedeu, doutor. É isso que, em minha vida, me tem escasseado: me oferecerem escuta, orelhas postas em minhas confissões”.¹ (p. 149)

Há muito tempo, máscaras têm sido utilizadas em ritos e procedimentos de cura. Tanto em rituais tribais como nas origens da medicina ocidental, a arte associada a objetos que representam divindades ou arquétipos humanos estão presentes como apoio no tratamento de doenças. Na contemporaneidade, a máscara do palhaço tem adquirido uma grande importância, sobretudo a partir de 1986, quando Michael Christensen, um dos fundadores do Big Apple Circus (um dos mais importantes circos do mundo), foi convidado para uma apresentação no New York's Babies and Children's Hospital. Ele e seu colega, Jeff Gordon, fizeram uma paródia dos procedimentos médicos, que constituiu a base para o surgimento da Big Apple Circus Clown Care Unit, a qual hoje conta com oitenta palhaços visitando cerca de duzentas e vinte e cinco mil crianças por ano.

Muitos grupos ao redor do mundo seguem o modelo do Big Apple Circus, por meio do trabalho de palhaços profissionais, como: os Doutores da Alegria (Brasil), a Humour Foundation (Austrália) e Le Rire Médecin (França), entre outros. Paralelamente, tem-se formado uma expressiva quantidade de grupos de voluntários que, apesar de movidos por boa vontade, muitas vezes, carecem de uma metodologia e de um conhecimento sobre a atuação desta figura no interior do ambiente hospitalar, podendo acarretar uma série de danos, que vão desde o constrangimento e rejeição por parte de profissionais, pacientes e acompanhantes, até o possível aumento do risco de infecção hospitalar. Portanto, é necessário o estabelecimento de um campo teórico e técnico que subsidie as práticas dos palhaços dentro do hospital, favorecendo o alcance de benefícios. É objetivo desta revisão coletar os dados disponíveis na literatura científica referentes às intervenções baseadas em palhaços no hospital e, com isso, refletir sobre o modo como este trabalho pode ser melhor conduzido tanto por profissionais como por voluntários.

Métodos

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica com o levantamento de artigos científicos em inglês, português e espanhol, publicados até 19 de maio de 2015. Para a busca destes artigos, utilizamos as seguintes bases de dados para pesquisas acadêmicas: MedLine (PubMed) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Na busca realizada através da base PubMed, os descritores empregados foram: clown and hospital. Desta pesquisa, obtivemos 43 resultados, dos quais 17 estavam disponíveis para acesso na Universidade de São Paulo (USP) e se adequavam à temática proposta: um reconhecimento dos paradigmas adotados e os respectivos efeitos das atuações de palhaços dentro de hospitais.

Na pesquisa realizada através da BVS, efetuamos duas buscas independentes: a primeira com o descritor palhaço e a segunda com o descritor clown, de modo a abranger as diferentes formas de terminologia utilizadas no Brasil para descrever esta figura que, neste trabalho, nos interessa. Nas duas buscas, foram aplicados filtros que selecionaram os periódicos Lilacs (Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), BDEF (Base de Dados de Enfermagem) e IBEC (Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde). Com o primeiro descritor, encontramos 14 artigos, e com o segundo, 22. Removendo os artigos duplicados e os não disponíveis para acesso na USP, obtivemos 16 resultados.

Seguimos com a leitura integral dos artigos originais e selecionamos as principais categorias e subtemas a serem desenvolvidos a seguir.

Segue o Quadro 1, com os 33 artigos lidos e considerados nesta revisão.

Quadro 1. Artigos utilizados na revisão

Título	Autor(es)
A percepção dos estudantes de graduação sobre a atuação do “doutor palhaço” em um hospital universitário	Mota et al.
Dialogia do riso: um novo conceito que introduz alegria para a promoção da saúde apoiando-se no diálogo, no riso, na alegria e na arte da palhaçaria	Matraca et al.
Interações entre voluntários e usuários em onco-hematologia pediátrica: um estudo sobre os “palhaços-doutores”	Araújo e Guimarães
Alegria para a Saúde: a arte da palhaçaria como proposta de tecnologia social para o Sistema Único de Saúde	Campos
A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas	Lima et al.
Os Doutores da Alegria na unidade de internação pediátrica: experiência da equipe de enfermagem	Oliveira e Oliveira
El teatro clown en el entorno sanitario	Palacín
Palhaços: uma possível reflexão para a Gestalt-terapia	Tsallis
Doutores da ética da alegria	Masetti
Doutores da Graça: a criança fala...	Aquino et al.
El humor como estrategia terapéutica en niños hospitalizados en unidades pediátricas en Pereira (Colombia) - Reporte de una experiencia	Sánchez et al.
Humor in the “Twilight Zone” - my work as a medical clown with patients with dementia	Raviv
More than just clowns - Clown Doctor rounds and their impact for children, families and staff	Ford et al.
The effect of a medical clown on pain during intravenous access in the Pediatric Emergency Department: a randomized prospective pilot study	Wolyniez et al.
Clowning as a supportive measure in paediatrics - a survey of clowns, parents and nursing staff	Barkmann et al.
Clowns benefit children hospitalized for respiratory pathologies	Bertini et al.
Parental anxiety and stress before pediatric anesthesia: a pilot study on the effectiveness of preoperative clown intervention	Agostini et al.
Physiological and Emotional Responses os Disabled Children to Therapeutic Clowns: a pilot study	Kingsnorth et al.
Therapeutic clowning in paediatric practice	Finlay et al.
Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: a meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts	Linge
The life threatened child and the life enhancing clown: towards a model of therapeutic clowning	Koller e Gryski
Lo esencial es invisible a los ojos: payasos que humanizan y promueven salud	Espinosa e Gutiérrez
Risa y salud: abordajes terapéuticos	García et al.
Magical attachment: children in magical relations with hospital clowns	Linge

continua

Quadro 1. continuação

Título	Autor(es)
Clown Doctors as a treatment for preoperative anxiety in children: a randomized, prospective study	Vagnoli et al.
Humour Sans Frontieres: the feasibility of providing clown care at a distance	Armfield et al.
Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option?	Vagnoli et al.
ProCura - a arte da vida: um projeto pela humanização na Saúde	Rosevics et al.
O efeito do palhaço no estado emocional e nas queixas de dor de adultos hospitalizados	Mussa e Malerbi
Impact of psychological interventions on reducing anxiety, fear and the need for sedation in children undergoing magnetic resonance imaging	Viggiano et al.
Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: a randomized controlled trial	Dionigi et al.
Preoperative distraction in children: hand-held videogames vs clown therapy	Messina
Medical clowns facilitate nitrous oxide sedation during intra-articular corticosteroid injection for juvenile idiopathic arthritis	Weintraub et al.

Contexto fisiológico

Segundo a meta-análise conduzida por Lamers et al.², podemos encontrar, na literatura científica, evidências da existência de uma correlação positiva entre o bem-estar emocional, a recuperação e a sobrevivência diante de uma doença física. Nesta perspectiva, os palhaços, de modo geral, têm como objetivo a resignificação do ambiente hospitalar com decorrente melhora no bem-estar emocional tanto dos pacientes como de acompanhantes e funcionários³⁻⁸.

Considera-se que tanto a doença como a internação configuram situações geradoras de estresse, medo e ansiedade, contexto no qual se baseiam as intervenções dos palhaços^{4,6,9-13}. Deste modo, propomos uma breve discussão sobre a fisiologia do estresse, para a compreensão do efeito de obtenção de melhores respostas aos tratamentos de pacientes e acompanhantes que estiveram em contato com os palhaços^{4,6,14,15}.

Quando um indivíduo é submetido a um evento estressante, ocorre a liberação de cortisol e catecolaminas que, se por um lado, provocam as alterações necessárias para que o corpo esteja apto a responder adequadamente à situação responsável pelo estresse, por outro lado, podem desencadear ansiedade, perda de apetite, aumento da resposta a alérgenos e agravamento de condições como hipertensão e diabetes⁹. Sinais comuns destas reações ao estresse são: alterações do pulso, da frequência respiratória e da temperatura da pele, que são utilizadas como parâmetros para avaliação do bem-estar emocional em alguns estudos^{4,6,14}. Sendo assim, intervenções que objetivem reduzir os níveis de estresse provocado pela doença e pela internação, seja para o tratamento clínico, seja para um procedimento cirúrgico, anestésico¹³ ou sedativo¹⁶, podem contribuir no sentido de evitar o surgimento de complicações e patologias associadas, favorecendo até a resposta dos pacientes ao tratamento^{10,12}.

De modo geral, este mecanismo é tido como a principal hipótese para a melhor resposta dos pacientes que recebem a visita dos palhaços, que atuam como redutores do estresse associado à doença e à internação. Vale destacar que a estruturação e avaliação destes projetos foram realizadas a partir de depoimentos e visões subjetivas dos envolvidos^{3,5,8,9}, de modo que ainda há uma carência de evidências científicas quantitativas que confirmem o efeito fisiológico por trás dos benefícios gerados pelas intervenções, o que abre margem para pesquisas a serem realizadas neste sentido.

Os artigos estudados não apontam objetivamente quais aspectos inerentes à atuação do palhaço estão diretamente associados à redução do estresse. Entre as diversas possibilidades, considera-se que esta resposta está relacionada ao humor^{3,9,17}. Segundo Freud¹⁸, o mecanismo de prazer que se origina a partir do humor tem origem no desvio da possibilidade de sofrimento que é feito pela mente humana por meio da pilhéria. Desta forma, o sofrimento é inferiorizado e tornado risível, ao mesmo tempo em que o indivíduo é elevado a um status de superioridade, como fica claro no seguinte trecho: “o humor tem algo de liberador a seu respeito, mas possui também qualquer coisa de grandeza e elevação”¹⁸. Ou seja, ao elevar o indivíduo e confrontar a possibilidade de sofrimento, “o humor não é resignado, mas rebelde”¹⁸.

Contexto artístico

Nas mais diversas culturas ao redor do mundo, podemos encontrar uma figura cômica baseada na lógica do bobo, do desajustado, que pode ser associada ao palhaço¹⁹. Contudo, o palhaço, como conhecemos hoje nas culturas ocidentais, tem a sua origem nos circos europeus do século XVIII, onde tradicionalmente eram apresentados números de habilidades corporais nas quais o risco de vida era iminente. A plateia destes espetáculos circenses era submetida, portanto, a situações capazes de produzir grande tensão. Com o objetivo de quebrar esta tensão, nos intervalos dos números, eram inseridas as reprises e entradas clownescas.

As reprises, geralmente, são apresentações curtas e cômicas que satirizam os demais números do circo²⁰. Desse modo, o palhaço, no circo tradicional, é um indivíduo que se dispõe a realizar apresentações equivalentes às dos demais artistas circenses, mas é fisicamente incapaz de executá-las. Sendo assim, a relação estabelecida entre o palhaço e o público “não se dá por reconhecimento e por igualdade, mas sim por estranhamento, cumprindo com isso uma das exigências da comicidade e do riso, qual seja, a condição de superioridade daquele que ri sobre aquilo ou aqueles que são objeto do riso”²⁰ (p. 105).

Ao se inserir no contexto hospitalar, de modo geral, o palhaço se apresenta como um médico, seguindo a tendência criada por Michael Christensen nas suas primeiras visitas, em 1986²¹. Com esta abordagem, o palhaço se dispõe a realizar as atividades médicas da mesma forma que, tradicionalmente, se dispunha a desempenhar os diferentes números do circo. Mais uma vez, ele se mostra desajustado, subverte a lógica preestabelecida e, a partir daí, cria-se a situação cômica.

Para se estabelecer na posição do desajustado, é fundamental, para um palhaço, a aceitação do fracasso e a manifestação das suas emoções de maneira sincera e verdadeira²². No entanto, este fracasso age sobre o clown de forma inesperada. Numa lógica inusitada, ele não se desmotiva ou se desvia da sua intenção de realizar um grande espetáculo ou, no caso do palhaço de hospital, de ser um grande médico, de promover um grande encontro. Esta postura e o sentimento associado ao erro reforçam o poder cômico do palhaço e colocam o paciente numa posição de empoderamento e confiança³.

Como dissemos anteriormente, o palhaço do circo tradicional baseava grande parte das suas atuações na sátira do espetáculo circense. Por este motivo, era necessário que ele tivesse um grande número de habilidades, como: montaria, malabarismo, trapézio e acrobacias²⁰. Ao migrar para o ambiente hospitalar, os roteiros clássicos do circo dão lugar a um improviso mais amplo, potencializando esta capacidade improvisadora tradicional. O palhaço de hospital integra diferentes habilidades, como: interpretação, música, dança, técnicas de recreação, entre outras^{9,17}. E, com isso, se torna um improvisador habilidoso, com a capacidade de responder às necessidades autênticas e imediatas evocadas por qualquer paciente em qualquer situação¹⁷.

Por suas características próprias, o palhaço é um transformador de ambientes e o ambiente hospitalar não é exceção. Quando a máscara do clown entra em cena, ela traz consigo um mundo em que a lógica pode ser subvertida e, a partir do problema, emerge a possibilidade da diversão, em que o erro se torna cômico e o desajuste é comum. É próprio da máscara do palhaço, portanto, o poder de gerar o prazer do humor. Ele é tolo e permite que o seu interlocutor seja elevado e desfrute do

potencial risível deste ser desconformado em relação ao ambiente do hospital, independente de quem este interlocutor seja, de qual o seu status ou de qual a sua condição²³.

Os palhaços no hospital ressignificam estruturas, funções, pessoas e objetos, de modo que transformam todo o ambiente hospitalar, beneficiando não só os pacientes, mas todos aqueles envolvidos nesta condição momentaneamente ou definitivamente subvertida: pacientes, acompanhantes e, até mesmo, a própria equipe do serviço de saúde^{3,6,23-25}. Essa desconstrução do ambiente tradicional do hospital e sua ressignificação são a base da maior parte dos projetos que atuam com a linguagem do palhaço no hospital, e trazem consigo o humor, além do riso por meio da criação de um “mundo entre o real e o imaginário” que permite o surgimento da imaginação e da criatividade²³.

Como defendido pelo filósofo contemporâneo Gadamer²⁴, a vivência artística não se esgota em um momento de prazer capaz de provocar a fuga da realidade vivida. A arte não se descola, mas se sobrepõe à realidade vivida, promovendo a experimentação de uma cascata de memórias, sensações e sentimentos que, mediados pela elaboração cognitiva, permitem uma outra construção simbólica, uma interpretação renovada da vida.

Alvo das intervenções

Quem sai ganhando com a visita do palhaço?

Algumas das intervenções relatadas na literatura^{9,26} se baseiam neste amplo alcance do palhaço, e incluem atividades que integram não só os pacientes da enfermaria, mas equipes de enfermagem, médicos e acompanhantes. As visitas promovem: alegria^{6,23,27-30}; descontração^{23,24,26}; melhora do ambiente hospitalar^{23,28-30}; diminuição do estresse dos pacientes e de acompanhantes, mesmo quando são considerados fatores estressantes extradoença, como preocupações financeiras ou com familiares²⁶; auxílio na recuperação^{10,12,28,29,30}; tranquilidade às mães, no caso dos pacientes pediátricos; favorecimento da relação de profissionais e estudantes com os pacientes^{31,32} e, até mesmo, dos pacientes uns com os outros²⁶.

Nas intervenções focadas nos acompanhantes, podemos observar um fenômeno de atenuação reflexa do estresse e da ansiedade do paciente⁶. Ou seja, um acompanhante com altos níveis de ansiedade e estresse pode desencadear estas condições no paciente, de modo que, quando o palhaço atua direcionado ao acompanhante, também atinge, de maneira consequente, o paciente. Este mesmo fenômeno pode ocorrer com relação à equipe de saúde que, quando satisfeita no ambiente de trabalho, tende a melhorar o bem-estar daqueles a quem assistem.

Além disso, são relatados benefícios, inclusive, para os indivíduos que atuam como palhaços, sejam eles artistas profissionais³³ ou voluntários^{26,28,30-32}: o exercício da máscara permite o estabelecimento de habilidades comunicativas únicas³², que contribuem para o estabelecimento de uma visão integral dos indivíduos dentro do serviço de saúde e, por vezes, servem como modelo de relação para a equipe que trabalha neste serviço^{3,9}.

Embora não haja predileção de faixa etária para o estresse inerente ao âmbito hospitalar, o trabalho dos palhaços tem sido associado, sobretudo, às crianças^{10,12,17,27-29,34}, atingindo, somente de maneira secundária, os adultos, sejam eles acompanhantes ou profissionais que atuam no hospital^{3,9,25,35}.

Em um estudo conduzido por Agostini et al.⁶, há evidências de que a influência exercida pela ação dos palhaços é sensível à faixa etária, ou seja, pacientes de diferentes idades respondem de formas diferentes. Este estudo sugere, ainda, que a resposta de crianças mais novas, em alguns casos, é menor em decorrência da imaturidade de seu desenvolvimento cognitivo.

Há momentos e situações em que o riso não muda nada, mas o humor é essencial para a sobrevivência nestas situações, tanto para os pacientes quanto para os familiares e profissionais²². A vivência de uma doença é um fenômeno estressante por si só, e torna-se ainda pior em situações de internação hospitalar, quando o indivíduo pode ser reduzido à condição de paciente.

Considerando o estresse inerente à doença e à internação e o potencial de ação do palhaço, não existem evidências que justifiquem a limitação das intervenções à faixa etária pediátrica. Portanto,

estas intervenções podem ser direcionadas a crianças, jovens, adultos³⁴ e idosos, desde que tendo em mente suas necessidades específicas e os benefícios que o humor pode trazer a todos eles²².

A relação dos palhaços com a equipe de profissionais de saúde

Equipes de profissionais de saúde atuando em hospitais, frequentemente, são submetidas a jornadas de trabalho longas e estressantes, além disso, possuem um intenso contato com doenças, sofrimento, angústias e morte, assumindo fortes responsabilidades. A partir dos relatos, evidencia-se que a possibilidade de participar da atuação artística dos palhaços no ambiente hospitalar proporciona alegria, descontração e alívio do estresse, não só aos pacientes, mas, também, aos membros da equipe de saúde. Os profissionais podem estabelecer uma relação duradoura com os palhaços, que, muitas vezes, são tidos como um modelo de relação com os pacientes^{3,32}. Esta relação que inclui palhaços, pacientes, acompanhantes e profissionais de saúde contribui para mudanças nas condutas adotadas pela equipe no cuidado³⁰ e, assim, potencializa os efeitos da atuação dos palhaços para além do momento das visitas.

A atuação dos palhaços também proporciona, aos profissionais, o reconhecimento de que certas reações apresentadas pelas crianças, tais como, apatia, prostração, depressão e resistência – normalmente atribuídas à doença – podem estar ligadas às circunstâncias da internação e das relações vividas dentro do próprio hospital.

Observa-se, ainda, que a relação entre os palhaços e a equipe de enfermagem propicia motivação e serve como um convite para as intervenções²⁹.

Formação e ação

O olhar e a escuta como ferramentas na construção de uma relação

Eu sou o que vejo de mim em sua face. Eu sou porque você é.
Provérbio Zulu

Dissemos até aqui que o palhaço possui habilidades muito particulares de comunicação que lhe permitem estabelecer relações intersubjetivas com os pacientes, mediadas por experiências sensoriais e afetivas que, a partir da elaboração cognitiva, propiciam uma interpretação renovada da realidade.

Esta relação se constrói a partir da linguagem. A figura do palhaço constitui a expressão da linguagem artística, pois é por meio da máscara que se estabelecem os encontros que desconstruem a lógica das relações no ambiente hospitalar, fazendo emergir outras possibilidades interpretativas do entorno.

Esta dimensão artística se destaca ainda mais quando observamos que a comicidade do palhaço reside justamente em seu caráter extremamente humano. O palhaço vive as sensações ao seu extremo; quando ri, quando chora, quando se diverte e quando se relaciona, o palhaço o faz sempre de maneira muito intensa. É por isso que, em sua própria essência e, particularmente, quando migra para o hospital, o palhaço – por meio da expressão artística – reflete o que há de humano na subjetividade de cada indivíduo.

Ao ser inserido no ambiente hospitalar, a pessoa se torna paciente (aquele que recebe a ação, o passivo) e, frequentemente, a doença em si. Suas interações passam a ser restritas à equipe médica e de enfermagem, em alguns casos, também ao seu acompanhante. As relações passam a ser construídas com base em paradigmas e procedimentos biomédicos que orientam a conduta dos profissionais, criando um encontro no qual alguns aspectos da subjetividade ficam ocultos. Ao receber o palhaço, o paciente não o vê como membro da equipe médica¹⁷ e isso já possibilita, em si, a configuração de um novo tipo de encontro, no qual emergem elementos da subjetividade normalmente latentes no indivíduo internado.

Na condição de um improvisador, a partir das ferramentas cedidas pelo seu interlocutor, o palhaço deve ter uma percepção muito aguçada do outro³³. Ou seja, a base da formação e da ação de um

palhaço de hospital deve ser esta habilidade de perceber e atuar com vista ao estabelecimento de uma relação que viabilize o surgimento do jogo e da intersubjetividade. A partir desta interação, emergem aspectos da individualidade tanto do palhaço como do seu interlocutor e, pela lógica alterada da arte clownesca, a intersubjetividade foge daquela do cotidiano do hospital. Deste modo, em contato com o palhaço, o paciente adota um outro papel.

Para que este jogo se estabeleça de maneira adequada, é fundamental que o palhaço seja capaz de reconhecer o caráter efêmero da intersubjetividade. Ao invés de buscar o estabelecimento do diálogo, fluir com o diálogo estabelecido a partir do primeiro instante do encontro, seja ele verbal ou não, conduzi-lo e se deixar conduzir por ele. Esta habilidade para o diálogo estabelecer-se-á, portanto, a partir do olhar e da escuta inteiros e incessantes em direção ao outro. Ou seja, ao olhar e escutar adequadamente o seu interlocutor, o palhaço pode construir com ele uma relação que altera tanto um como o outro, e permite que ambos se afetem pela presença da alteridade. Esta relação com a alteridade pode, então, levar ou não ao riso, e o seu simples estabelecimento rompe a lógica das relações hospitalares.

O palhaço é um artista multidisciplinar

Como dissemos, desde sua atuação no circo tradicional, o palhaço caracteriza-se pelas suas múltiplas habilidades. Com sua tarefa de satirizar os demais números circenses, ele é frequentemente aquele que mais conhece as habilidades apresentadas nos espetáculos do circo. Além disso, para estabelecer uma relação de proximidade com a plateia, o palhaço precisa ter uma grande habilidade de improvisação para jogar com as informações que podem surgir dos espectadores durante as suas apresentações.

Quando inserido no ambiente hospitalar, o palhaço leva consigo esta multiplicidade de habilidades e se torna, então, um improvisador com uma grande bagagem de recursos que podem ser evocados quando necessário, a partir de situações trazidas pelos pacientes com os quais estiverem trabalhando. Qualquer recurso que o palhaço possua pode ser útil em um dado momento ao subsidiar a realização deste trabalho. As gagues – tiradas curtas, piadas ou gestos que não necessitam de um entendimento anterior para serem engraçadas – além de brinquedos para a realização do jogo cênico, técnicas de malabarismo, mágicas, músicas tocadas ao vivo e escultura em balões³³ são os recursos mais comuns²⁷. Em alguns casos, o treinamento necessário para a aquisição das habilidades utilizadas nas intervenções pode chegar a até três anos³⁶.

Um trabalho de Lima et al.²⁹ mostra que música acompanhada por instrumentos, gestos e representações estimula os pacientes a se movimentarem. O palhaço, como artista improvisador, é capaz de contar histórias de acordo com cada momento específico. O uso da linguagem ficcional e simbólica pode estabelecer uma forma de comunicação apropriada a algumas situações em que a argumentação lógica e racional pode não ser a melhor abordagem¹⁷.

A continuidade como chave para a integralidade

Como explicado, um dos principais pontos identificados como raiz das melhorias observadas nos pacientes que estiveram em contato com os palhaços é a resignificação do ambiente hospitalar. Este fenômeno, desencadeado pelas interações clownescas, ocorre numa janela de tempo maior do que o próprio tempo do encontro em si, ou seja, os pacientes antecipam as visitas dos palhaços antes de eles chegarem, e carregam consigo lembranças após a partida.

Portanto, as expectativas que os pacientes possuem quanto ao retorno dos palhaços, também podem ser avaliadas como atitudes positivas no processo de hospitalização³⁰, uma vez que colaboram para que o hospital ganhe um novo significado. Para Masetti³⁷, antecipando as visitas dos palhaços, os pacientes estariam formulando um objetivo, e pacientes que mantêm um objetivo de vida apresentam índices melhores quanto à sua recuperação.

Neste sentido, a telemedicina pode contribuir com a continuidade das visitas dos palhaços quando a distância ou a demanda por visitas se torna uma dificuldade no processo. Ainda que soe impessoal, um

estudo realizado com 92 crianças na Austrália³⁴ revelou feedback positivo das crianças que receberam visitas virtuais. Segundo seus pais, que também se sentem beneficiados pelos encontros, estes são os momentos mais esperados da semana para as crianças.

A continuidade das ações, com alguma periodicidade, pode ser então considerada como uma das chaves para o sucesso das visitas dos palhaços nos hospitais. Afinal, além de estimular fatores de antecipação e memória associados, a continuidade promove o surgimento de relações mais estreitas, permitindo que elementos potentes da intersubjetividade se consolidem e o empoderamento se torne mais intenso e mais claro. Em conjunto, estes fatores podem contribuir para a melhor recuperação da saúde do paciente hospitalizado.

Conclusão

De maneira geral, as visitas realizadas por palhaços, sejam eles artistas profissionais ou voluntários, têm mostrado resultados positivos tanto na qualidade de vida dos pacientes hospitalares quanto nas suas respostas aos tratamentos, apesar da carência de evidências quantitativas que permitam aferir esta melhora, o que abre espaço para futuras investigações.

Os fatores que explicam esta associação ainda não são plenamente claros, mas sabemos que a atuação do palhaço é extremamente flexível e se dá, sobretudo, por meio do estabelecimento de uma relação que reforça o caráter humano tanto do paciente que recebe a visita, como do palhaço em si, dos acompanhantes dos pacientes e da equipe de saúde.

O palhaço, munido de suas muitas habilidades artísticas e da sua flexibilidade, ao ser confrontado com situações complexas, densas ou inusitadas, é capaz de estabelecer outra qualidade de interação, na qual se evidenciam aspectos humanos que podem ficar latentes durante a internação. A arte clownesca legitima a configuração de um jogo, sobreposto à realidade hospitalar, no qual o palhaço – a partir das reações percebidas no outro – sofre em demasia, ri em demasia, se emociona em demasia e transita rapidamente entre as mais diversas emoções, mas, sobretudo, se diverte e mobiliza, no outro, elementos como: humor, espanto e encantamento, que o levam a reconstruir simbolicamente o momento vivido.

A partir desta reflexão, observamos que o palhaço que atua em hospital faz, do artista, a expressão do humano. Ele deve ser capaz de: olhar o outro com profundidade, superar o estigma lançado ao paciente em situação de internação hospitalar, utilizar os recursos que possa, eventualmente, ter, sejam eles baseados no humor ou não, para estabelecer interações intersubjetivas que sejam potentes em gerar saúde.

São muitos os horizontes abertos à investigação sobre o sentido e impactos das atividades do palhaço para os pacientes e demais envolvidos, buscando respostas na fisiopatologia, nas neurociências, nos processos imunológicos, endócrinos etc. Contudo, pelo acima exposto, parece claro, também, que é fundamental dar voz a outros campos de conhecimento, tais como a filosofia, antropologia e a estética, que nos ajudem, especialmente, a encontrar as perguntas que valem a pena nos fazermos para compreendermos a riqueza e profundidade dessa experiência humana.

Agradecimento

Agradecemos ao professor José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres pela revisão e sugestões na revisão final deste artigo.

Colaboradores

Os autores Artur Ramos, Carolina Costa Silva e Gustavo Rosa Gameiro participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo. Camila Morato da Conceição Scatena participou da revisão bibliográfica, das discussões e da redação do artigo. Mariana Sato participou da revisão do texto.

Referências

1. Couto M. Um rio chamado Tempo, uma casa chamada Terra. São Paulo: Companhia das Letras; 2003.
2. Lamers SM, Bolier L, Westerhof GJ, Smit F, Bohlmeijer ET. The impact of emotional well-being on long-term recovery and survival in physical illness: a meta-analysis. *J Behav Med.* 2012; 35(5):538-47.
3. Ford K, Courtney-Pratt H, Tesch L, Johnson C. More than just clowns - clown doctor rounds and their impact for children, families and staff. *J Child Health Care.* 2013; 18(3):286-96.
4. Bertini M, Isola E, Paolone G, Curcio G. Clowns benefit children hospitalized for respiratory pathologies. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011; 2011:879125.
5. Barkmann C, Siem AK, Wessolowski N, Schulte-Markwort M. Clowning as a supportive measure in paediatrics - a survey of clowns, parents and nursing staff. [Internet] *BMC Pediatr.* 2013; [aceso 2015 Set 14] 13:166. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/13/166>
6. Agostini F, Monti F, Neri E, Dellabartola S, de Pascalis L, Bozicevic L. Parental anxiety and stress before pediatric anesthesia: a pilot study on the effectiveness of preoperative clown intervention. *J Health Psychol.* 2014; 19(5):587-601.
7. Kingsnorth S, Blain S, McKeever P. Physiological and emotional responses of disabled children to therapeutic clowns: a pilot study. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011; 2011:732394.
8. Linge L. Magical attachment: children in magical relations with hospital clowns. [Internet] *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2012; 7:10.3402/qhw.v7i0.11862. Published online 2012 Feb 24. [citado 2015 Set 14] Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3286793/pdf/QHW-7-11862.pdf>
9. Sánchez Naranjo JC, Gutiérrez Segura JC, Santacruz Ibarra JJ, Romero Leguizamón CR, Ospina Ríos JP. El humor como estrategia terapéutica en niños hospitalizados en unidades pediátricas en Pereira (Colombia): reporte de una experiencia. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2009; 38(1):99-113.
10. Vagnoli L, Caprilli S, Messeri A. Parental presence, clowns or sedative premedication to treat preoperative anxiety in children: what could be the most promising option? *Paediatr Anaesth.* 2010; 20(10):937-43.
11. Viggiano MP, Giganti F, Rossi A, Di Feo D, Vagnoli L, Calcagno G, et al. Impact of psychological interventions on reducing anxiety, fear and the need for sedation in children undergoing magnetic resonance imaging. *Pediatr Reports.* 2015; 7(1):5682. doi:10.4081/pr.2015.5682
12. Dionigi A, Sangiorgi D, Flangini R. Clown intervention to reduce preoperative anxiety in children and parents: a randomized controlled trial. *J Health Psychol.* 2014; 19(3):369-80. PubMed PMID: 23362335.
13. Messina M, Molinaro F, Meucci D, Angotti R, Giuntini L, Cerchia E, et al. Preoperative distraction in children: hand-held videogames vs clown therapy. *Pediatr Med Chir.* 2014; 36(5-6):98. PubMed PMID: 25669889.

14. Kingsnorth S, Blain S, McKeever P. Physiological and emotional responses of disabled children to therapeutic clowns: a pilot study. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2011; 2011:732394.
15. Lancheros García EA, Tovar Valle JF, Rojas Bermúdez CA. Risa y salud: abordajes terapéuticos: [revisión]. [Internet] *MedUNAB.* 2011 [acesso 2015 Set 14]; 14(1). Disponível em: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=1380&path%5B%5D=1352>
16. Weintraub Y, Rabinowicz N, Hanuka P, Rothschild M, Kotzki S, Uziel Y. Medical clowns facilitate nitrous oxide sedation during intra-articular corticosteroid injection for juvenile idiopathic arthritis. *Isr Med Assoc J.* 2014;16(12):771-3. PubMed PMID: 25630207.
17. Raviv A. Humor in the "Twilight Zone": my work as a medical clown with patients with dementia. *J Holist Nurs.* 2013 4; 32(3):226-31.
18. Freud S. *Der humor almanach 1927* [Internet] [cited 2014 Nov 4]. Available from: <http://www.freudonline.com.br/livros/volume-21/vol-xxi-4-o-humor-1927/>
19. Espinosa BB, Gutiérrez TR. Lo esencial es invisible a los ojos: payasos que humanizan y promueven salud. *Aletheia* [Internet]. 2010 [acesso 2015 Set 14]; (31):4-15. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942010000100002&lng=pt
20. Bolognesi MF. *Palhaços.* São Paulo: Ed Unesp; 2003.
21. Doutores da alegria: música e pirueta nas enfermarias infantis. *Dialogo Med.* 1997; 12(1):10-2.
22. Camuñas Palacín A. El teatro clown en el entorno sanitario. *Index Enferm.* 2009; 18(1):63-5.
23. Linge L. Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: a meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts [Internet]. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2013 [acesso 2015 Set 14]; 8:10.3402/qhw.v8i0.18907. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3538281/pdf/QHW-8-18907.pdf>
24. Gadamer HG. *Verdade e método: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica.* Petrópolis: Vozes; 2006.
25. Finlay F, Baverstock A, Lenton S. Therapeutic clowning in paediatric practice. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2013; 19(4):596-605.
26. Mussa C, Malerbi FEK. O efeito do palhaço no estado emocional e nas queixas de dor de adultos hospitalizados. *Psicol Rev.* 2012; 21(1):77-97.
27. Aquino RG, Bortolucci RZ, Marta IER. Clowns doctors: the child talk... [Internet] *Online Braz J Nurs.* 2004 [acesso 2015 set 14]; 3(2). Available from: www.uff.br/nepae/objn302aquinoetal.htm
28. Araújo TCCF, Guimarães TB. Interações entre voluntários e usuários em onco-hematologia pediátrica: um estudo sobre os "palhaços-doutores". *Estud Pesqui Psicol.* 2009; 9(3):632-47.
29. Lima RAG, Azevedo EF, Nascimento LC, Rocha SMM. A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(1):186-93.
30. Oliveira RR, Oliveira ICS. Os Doutores da Alegria na unidade de internação pediátrica: experiências de equipe de enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2008; 12(2):230-6.
31. Mota GM, Mota DMC, Machado MMT, Arrais RH, Oliveira CPV, Salgado MS, et al. A percepção dos estudantes de graduação sobre a atuação do "Doutor Palhaço" em um Hospital Universitário. *Rev Bras Promoç Saude.* 2012; 25 Supl 2:25-32.

32. Rosevics L, Aguiar DA, Borges CR, Hasegawa Filho R, Yamashita TS, Manchak AC, et al. ProCura - a arte da vida: um projeto pela humanização na saúde. Rev Bras Educ Med. 2014; 38(4):486-92.
33. Masetti M. Doutores da ética da alegria. Interface (Botucatu). 2005; 9(17):453-8.
34. Armfield NR, Bradford N, White MM, Spitzer P, Smith AC. Humour sans frontieres: the feasibility of providing clown care at a distance. Telemed J E Health. 2011; 17(4):316-8.
35. Wolyniez I, Rimon A, Scolnik D, Gruber A, Tavor O, Haviv E, et al. The effect of a medical clown on pain during intravenous access in the pediatric emergency department: a randomized prospective pilot study. Clin Pediatr (Phila). 2013; 52(12):1168-72.
36. Koller D, Gryski C. The life threatened child and the life enhancing clown: towards a model of therapeutic clowning. Evid Based Complement Alternat Med. 2008; 5(1):17-25.
37. Masetti M. Soluções de palhaços: transformações na realidade hospitalar. São Paulo: Palas Athena; 1998.

Sato M, Ramos A, Silva CC, Gameiro GR, Scatena CMC. Payasos: una revisión sobre el uso de esa máscara en el ambiente hospitalario. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):123-34.

Se han formado grupos de artistas profesionales o voluntarios con el objetivo de visitar, como payasos, pacientes en hospitales del mundo entero, utilizando el humor como herramienta en favor del cuidado y del proceso de recuperación. Hay pocos estudios relacionados a ese tema en la literatura científica. Por lo tanto, la construcción de un campo teórico capaz de subsidiar esas actuaciones todavía es incipiente. Siendo así, realizamos una revisión bibliográfica a partir de 33 artículos sobre la actuación de diferentes grupos de payasos en diversos hospitales del mundo, para entender mejor cómo se realizan esas visitas y de qué modo pueden efectivamente brindar resultados positivos. Se observó que esos encuentros pueden establecer relaciones profundas capaces de dar un nuevo significado al ambiente hospitalario, de dar poder a los pacientes y de servir como modelo de relación para todo el equipo de salud involucrado.

Palabras clave: Payaso. Cuidado. Arte.

Recebido em 08/03/15. Aprovado em 17/08/15.

O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem:

experiências e percepções

Laura Cavalcanti de Farias Brehmer^(a)
Flávia Regina Souza Ramos^(b)

Brehmer LCF, Ramos FRS. The healthcare model in training for nursing: experiences and perceptions. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):135-45.

This study sought to identify, within training for nursing, how the healthcare model is expressed within the perceptions of students, teachers and primary care professionals. This was a qualitative study of case study type. The cases were five undergraduate courses at different institutions in the state of Santa Catarina. The results are presented in three categories: "Hegemony and counter-hegemony: the coexistence of two approaches within healthcare", "From theory to practice, how the healthcare model is expressed in two spheres of training" and "Interdisciplinarity... Advances or bias?" As a process, the care model requires continual focus on discussions between teaching and healthcare services. Planning and evaluation conducted conjointly have concrete consequences for the quality of care and for development of professional skills. Despite the limits, there has undeniably been progress towards consolidating the care model.

Keywords: Higher education. Health care models. Primary health care. Interdisciplinarity.

O estudo buscou identificar, na formação em enfermagem, como se expressa o modelo de atenção à saúde na percepção de alunos, docentes e profissionais da Atenção Básica à Saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, tipo estudo de caso. Os casos foram cinco cursos de graduação de diferentes instituições do estado de Santa Catarina. Os resultados são apresentados em três categorias: "Hegemonia e contra-hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde", "Da teoria a prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa em dois âmbitos da formação" e "Interdisciplinaridade... Avanços, viés?". Como processo, o modelo de atenção requer foco contínuo nas discussões entre ensino e serviço. O planejamento e avaliação em conjunto refletem concretamente para a qualidade da assistência e para o desenvolvimento das habilidades profissionais. Apesar dos limites, há avanços inegáveis para a consolidação do modelo de atenção.

Palavras-chave: Educação Superior. Modelos de atenção à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Interdisciplinaridade.

^(a,b) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Campus Universitário, Centro de Ciências da Saúde, Bloco I. Florianópolis, SC, Brasil. 88040-900. laura.brehmer@ufsc.br; flavia.ramos@ufsc.br

Introdução

O Sistema de Saúde no Brasil vem sendo constantemente transformado em termos políticos e estruturantes. Resumidamente, alguns dos marcos históricos desse processo de pouco mais de vinte anos representam a introdução de profundas mudanças na organização da assistência à saúde no país, e de novos elementos para o pensar e o fazer em saúde. Nesses marcos são considerados: desde o Movimento Sanitário, a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, a Constituição Federal de 1988, cujo texto estabeleceu a saúde como direito de todos e dever do Estado, até a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse cenário de mudanças legais, políticas e estruturais do sistema de saúde pública, estão imbricados os modelos de atenção à saúde. O SUS fomentou a necessidade de se discutir a reorientação dos modelos assistenciais existentes. Sobretudo, evidenciou a urgência de consolidação de um modelo de atenção que conjugasse, integralmente, as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como formas de cuidado voltadas para a qualidade de vida de todos os cidadãos¹.

A integralidade, cuja acepção é polissêmica, assumiu importante destaque como diretriz estruturante de ações e serviços de saúde, e, de modo abrangente, do modelo de atenção.

Estrategicamente, para promover a consolidação da integralidade no SUS, a organização da assistência em Redes de Atenção à Saúde está centrada na Atenção Primária ou Básica. Nesse nível, as ações e a atenção à saúde são desenvolvidas de forma altamente descentralizada e capilarizada, próxima da vida das pessoas. A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários e a principal porta de entrada no Sistema².

Para discutir o modelo de atenção, esse estudo compreende a complexidade do Sistema atribuída à diversidade de sua abrangência não só em termos organizativos, mas epistemológicos. Apesar de ser regido unicamente pelos mesmos princípios e diretrizes, sabe-se que o modelo de atenção, contra-hegemônico ao modelo clínico, será influenciado, em maior ou menor grau, por vieses que persistem no cotidiano das instituições e nas práticas dos profissionais.

Está, justamente, na concretude das ações dos profissionais, um desafio no processo de consolidação do modelo integral. A formação dos profissionais de saúde representa um momento singular para discutir, refletir e experienciar novas perspectivas de modelos de atenção.

Não é possível reorganizar as práticas de saúde sem interferir na formação e no mundo do trabalho. Nos espaços dos serviços, os trabalhadores operam suas concepções sobre saúde, são atores essenciais a qualquer estratégia para transformar a prática³.

Na integração ensino-serviço, os modelos assistenciais são construídos nos cotidianos da formação e da atenção à saúde, na interface entre os saberes de todos os sujeitos do processo. Portanto, a formação em saúde (re)orientada para a atenção básica à saúde e seu modelo de atenção, se solidariza com as demais estratégias e ações para o fortalecimento do modelo, incorporadas a um novo pensar e um novo agir na saúde.

Em meio a toda esta efervescência dos processos formativos e de atenção à saúde, este estudo buscou conhecer, em experiências de graduação em enfermagem, como se expressa o modelo de atenção à saúde na percepção de alunos, docentes e profissionais dos serviços de Atenção Básica.

Trazer à tona esta discussão, a partir de dados que expressam experiências reais da formação em saúde articulada ao modo como o modelo de atenção vem sendo tratado nas dinâmicas de ensino-aprendizagem, visa, especialmente, contribuir para a reflexão dos avanços e desafios deste complexo processo.

Metodologia

Esse estudo possui caráter qualitativo e foi delineado sob os referenciais metodológicos do Estudo de Caso. Nos estudos de caso, o desejo do pesquisador é a compreensão, em profundidade, de um fenômeno social complexo em seu real contexto⁴.

Os casos estudados são representados por cinco cursos de graduação em enfermagem em cinco Instituições de Ensino Superior no estado de Santa Catarina. Os cursos foram eleitos como cenários porque desenvolveram projetos contemplados por editais do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) entre os anos de 2005 a 2011.

Para a obtenção dos dados, foram utilizadas duas técnicas: entrevista com roteiro semiestruturado e grupo focal. Foram entrevistados 22 docentes e 14 profissionais dos serviços de Atenção Básica à Saúde. Para compor a amostra de docentes e a amostra de profissionais do serviço, considerou-se o coordenador de cada projeto Pró-Saúde da Enfermagem como informante-chave e responsável pela indicação dos demais sujeitos de pesquisa, utilizando, como critério de seleção, o seu envolvimento com os projetos Pró-Saúde e sua experiência profissional com vivências de integração ensino-serviço na Atenção Básica. A amostra foi do tipo não probabilística, de acordo com: as características de cada Instituição de Ensino Superior, as indicações dos informantes-chave e a aceitação/disponibilidade em participar da pesquisa. A distribuição dos sujeitos por instituição seguiu uma orientação mínima de três representantes dos docentes e dois representantes dos serviços em cada caso.

Para a realização dos grupos focais, todos os alunos da última fase do Curso de Enfermagem, tomado como referência o primeiro semestre de 2011, foram convidados a participar. Foram realizados cinco grupos focais, um em cada Instituição, e obteve-se uma média de participação de 15 alunos por grupo focal.

Ambas as técnicas, entrevistas e grupos focais, foram gravadas e transcritas na íntegra. Os dados foram organizados e categorizados com o auxílio do software ATLAS-ti - *The Qualitative Data Analysis Software*.

A primeira etapa da categorização foi a atribuição dos códigos para designar os conceitos relevantes de acordo com o objetivo do estudo. A ocorrência de um mesmo código em todos os casos determinava a elegibilidade dos mesmos para prosseguir com a segunda etapa da categorização. Foram definidos 14 códigos.

A segunda etapa correspondeu ao agrupamento dos códigos por similaridade de conceitos nos âmbitos da concepção do modelo de atenção à saúde e do fazer no cotidiano do ensino e dos serviços de saúde. Desse processo, emergiram três agrupamentos para os quais foram atribuídos significados teóricos e representam as categorias analíticas finais.

Os aspectos éticos no desenvolvimento de pesquisa com seres humanos foram respeitados conforme as Diretrizes e Normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (CNS/MS). Para tanto, o projeto foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Instituição de Ensino de origem.

O anonimato dos sujeitos e a identificação dos casos foram preservados, desta forma, foram utilizados os seguintes códigos apenas para diferenciar os núcleos de sujeitos: Grupos Focais – GF1, GF2, GF3, GF4, GF5; Docentes – D1 a D22; Profissionais dos Serviços – PS1 a PS14.

Resultados

Em atenção ao objetivo proposto e ao delineamento metodológico, esse estudo organizou seus resultados em três categorias analíticas que emergiram dos depoimentos dos três núcleos de sujeitos, alunos, docentes e profissionais dos serviços de saúde.

A primeira categoria recebeu o título "Hegemonia e contra hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde", que, sinteticamente, apresenta a dualidade vivenciada pelos atores do processo de formação em saúde em relação ao pensar e o fazer em saúde nos serviços de Atenção Básica à Saúde.

A segunda categoria, denominada "Da teoria à prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa em dois âmbitos da formação", resgatou as principais considerações dos sujeitos corresponsáveis pela formação em enfermagem acerca das estratégias de ensino e aprendizagem para a consolidação da Atenção Básica à Saúde.

Pode parecer que ambas as categorias sejam expressões de uma mesma dualidade, contudo, a análise revelou uma sutil diferenciação, qual seja: na primeira categoria, os sujeitos denotam, com suas falas, certo afastamento, avaliando os contextos dos serviços em relação à atenção à saúde prestada, transitando entre o modelo clínico e de Atenção Básica à Saúde. Na segunda categoria, os sujeitos retomam seu protagonismo e refletem quanto a formação também convive com a mesma dualidade enfrentada nos serviços de saúde.

A interdisciplinaridade é considerada uma característica do modelo de atenção básica, da ordem do processo de trabalho, e em franca promoção nas estratégias de reorientação da formação em saúde. Do modo como a interdisciplinaridade foi evidenciada pelos sujeitos da pesquisa, emergiu a terceira categoria, denominada “Interdisciplinaridade... Avanços, viés?”.

Hegemonia e contra-hegemonia: a coexistência de duas abordagens na atenção à saúde

A principal evidência relatada pelos sujeitos correspondeu à coexistência de elementos do modelo clínico, fortemente arraigado às práticas de assistência à saúde no SUS. Essa herança histórica, anterior à configuração do atual Sistema de Saúde, por muitos anos norteou os modos de pensar e fazer na saúde, e, por consequência, orientou a formação para responder às expectativas da área.

Os elementos do nível primário da atenção e seu modelo assistencial ganharam espaço nas discussões desde o movimento sanitário brasileiro. O pensamento reformista foi influenciado pelo movimento em âmbito global, iniciado em 1978 pela Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Nos planos da Reforma, era urgente romper com o modelo assistencial médico-privatista, especializado, tecnicista e hospitalocêntrico. Por isso, o modelo do ideário reformista constituía a contra-hegemonia e buscava uma atenção à saúde integral, universal e com a participação social.

A partir da Constituição Federal em 1988, o SUS, regulamentado em 1990, definiu estratégias para fortalecer as ações primárias de atenção à saúde, representada pelo nível de complexidade da Atenção Básica à Saúde e pela Estratégia de Saúde da Família.

Devido à dinamicidade histórica dos fatos, das influências entre passado e futuro e da convivência de estruturas institucionais e de sujeitos que transitam entre dois momentos tão distintos em relação à concepção de saúde e de cuidado, pode-se compreender que, em uma mesma realidade, ainda convivam os dois modelos de atenção à saúde.

“Ainda é aquela correria de estar sempre cheio de gente, demanda reprimida [...]. É muito grande ainda. Quando os profissionais participam (da formação) dá para ver, são criativos, recebem a gente diferente [...]”. (GF 4)

“Tem uma intencionalidade de fortalecer a saúde da família, mas existe esse contraponto, de requisitar o que é curativo, do que é específico e especializado, de uma Unidade de Pronto Atendimento, por exemplo [...]”. (D 20)

“Enquanto nesse país existir o modelo privado tão forte como ele é, e o modelo público, os dois juntos impedem o fortalecimento um do outro. Então, eu acho que o grande avanço vai ocorrer quando o entendimento for que o público tem que ser para todos. O público fortalece o privado e o privado enfraquece o público a todo o momento”. (PS 2)

Da teoria à prática, como o modelo de atenção à saúde se expressa em dois âmbitos da formação

Essa categoria se constituiu a partir de discursos que trouxeram à tona os reflexos evidenciados na categoria anterior. Ora, se os serviços de saúde ainda convivem com nuances do modelo clínico e do

modelo integral, o processo de reorientação da prática de formação também experiencia tal dualidade.

No ensino, os currículos materializados em conteúdos e, propriamente, nas aulas teóricas, teórico-práticas e nos estágios curriculares, estão cada vez mais afinados ao modelo da atenção básica à saúde. As vivências nas unidades de saúde buscam essa aproximação. Contudo, as demandas do cotidiano persistem, em maior evidência, voltadas para o modelo que valoriza a técnica e o tratamento.

É dessa forma que alunos, docentes e os profissionais dos serviços percebem o modelo de atenção à saúde quando pensam no processo formativo, uma imagem-objetivo bem delineada em termos conceituais. Porém, esta se encontra distante, em um caminho tomado por desafios oriundos de processos de trabalhos de profissionais com diferentes formações em relação ao tempo e a área, de gestão e de participação social. Finalmente, o maior desafio pode ser resumido na postura, compreensão e responsabilidade de todos os agentes de mudanças envolvidos na consolidação desse modelo.

Teoria foi prevenção, mas na prática foi mais curativo [...]. (GF 1)

“Às vezes na sala de aula a gente fala que o acolhimento da criança é assim, o acompanhamento [...]. Você chega lá e o aluno não vê isso, então fica aquela discordância, não é congruente [...]”. (D 9)

“[...] eles aprendem em sala de aula que o programa saúde da família deve ter um outro olhar, para família, para comunidade, para as reais necessidades, trabalhar promoção e prevenção, e quando eles chegam no campo eles veem que a gente não consegue fazer isso de uma forma tão efetiva [...]”. (PS 14)

“Interdisciplinaridade... Avanços, viés?”

Um primeiro ponto a esclarecer é a motivação para denominar a categoria em forma de pergunta. Afinal, os dados evidenciaram a interdisciplinaridade como avanço e/ou como viés de forma afirmativa? Sim. Os dados apontaram experiências na formação onde a interdisciplinaridade, ou melhor, estratégias interdisciplinares constituem foco no desenvolvimento das atividades do processo ensino-aprendizagem.

Então, por que sugerir viés como adjetivo para a interdisciplinaridade? O sentido de viés corresponde ao sentido figurado de tendência. A discussão interdisciplinar é frágil, comumente se faz confusão entre interdisciplinar e multiprofissional. A maioria das experiências está distante do significado que representa o encontro de diversos saberes, de campos do conhecimento diferentes, para além de um único saber profissional, fragmentado.

Foi possível perceber a intenção de promover a interdisciplinaridade nos cursos de enfermagem, nas salas de aula ou nos cenários do trabalho e do cuidado. Na agenda dos cursos, estão previstos espaços para atividades intercurso, denominadas de interdisciplinares. Nos serviços de saúde, os atores, na medida em que surgem oportunidades, estão atentos para integrar os objetivos da atenção em enfermagem. Por exemplo, com o trabalho de todos os profissionais da equipe de saúde e com as vivências de alunos e docentes de outros cursos.

Há, nos relatos, certa ponderação entre quanto essa compreensão de interdisciplinaridade é um avanço, em um meio até então inóspito a essas iniciativas, e os diferentes fatores que dificultam a consolidação dessa prática.

A interrogação se situa na intersecção da ponderação. Ou seja, pode-se considerar um avanço interdisciplinar as experiências pontuais durante a formação, com a promoção de encontros entre os diferentes cursos da saúde para troca de experiências. A conformação dessa percepção parte do princípio de que, há bem pouco tempo, essa aproximação, ainda que pontualmente, não existia, por isso, avançou-se. Por outro lado, o viés está no risco na manutenção dessa percepção, sem discutir a superação dos desafios da interdisciplinaridade, de efetivamente introduzir, desde a formação, uma perspectiva interdisciplinar.

“Das reuniões que nós realizamos com a equipe participaram o médico, dentista [...]. Não é uma coisa muito comum de acontecer [...] eles vinham e participavam, ajudavam [...]”. (GF 1)

“Foram muito discretas as ações que foram desenvolvidas dessa forma. Um exemplo, as visitas domiciliares [...]”. (D 12)

“Nas visitas domiciliares eles veem com os relatos e muitas vezes precisam da intervenção do dentista, do médico, então eles têm essa discussão”. (PS 11)

Discussão

Como exaustivamente tem-se divulgado e discutido nos meios de organização do SUS e das políticas públicas para educação em saúde, nas universidades existe, já há algumas décadas, uma premente necessidade de aproximação efetiva e (re) significação da formação de recursos humanos para a saúde. Seguindo a lógica da proposta de organização da atenção à saúde no Brasil, observa-se, na Estratégia de Saúde da Família e na Atenção Básica à Saúde, o nível privilegiado para a substituição do modelo hegemônico da atenção individualizada e clínica para o modelo da atenção integral à saúde.

Não se trata de negar um modelo em detrimento de outro, mas, de admitir, em contextos atuais, a necessidade de se configurarem as práticas de acordo com a realidade e promover a atitude dos sujeitos no cuidado de si. Dessa forma, espera-se, da formação e da atenção à saúde, a valorização da humanização da assistência e de todas as dimensões da vida dos individuais⁵. Há também de se considerar a complexidade do campo da saúde coletiva, onde modelos coexistem há décadas e, nesse percurso, redefinem constantemente seus saberes e suas lógicas⁶. Trata-se de evoluir na discussão da efetividade dos modelos para a atenção às demandas reais de saúde no âmbito da Atenção Básica à Saúde de acordo com seu escopo. E, desta forma, avançar no discurso e na prática, para se tornarem consonantes.

Como revelou a análise dos dados deste estudo, os modelos clínico e integral convivem nos cenários pesquisados, na visão dos sujeitos que vivenciam a formação em enfermagem e a atenção à saúde. A partir desta análise, surge, como ponderação substancial, a questão do processo. Enquanto processo de reestruturação de setores, saúde e educação, em relação à formação para a saúde, entende-se a coexistência de características do ‘velho’ e do ‘novo’. Tal coexistência se deve a inúmeros fatores, como: a permanência de atores cujas práticas estão fortemente arraigadas no passado, resistência às mudanças, estruturas organizativas e burocráticas institucionais, que dificultam a adoção de novas práticas, e a incipiente efetivação dos resultados a partir desse novo modo de pensar e fazer em saúde. Essas são apenas algumas possibilidades de justificativas, certamente existem outras variáveis de acordo com o tempo, os cenários e as experiências.

Quando se fala de atores do processo, também estão incluídos, como corresponsáveis pelas mudanças, os usuários do SUS. A busca pela atenção curativa e a expectativa por uma atenção médico-centrada permanece ainda na base da compreensão de muitos usuários a respeito do papel e do funcionamento dos serviços de saúde. Apesar do reconhecimento ao trabalho da ESF, os usuários não modificaram seus hábitos no que diz respeito à procura da atenção à saúde somente para consulta médica e baseada na queixa-conduta⁷.

Uma assistência à saúde afinada ao modelo pretendido depende, basicamente, da interação entre atuação profissional, gestão pública e usuários. Está na dependência, também, de mudanças sistêmicas que contemplem, por exemplo, a intersetorialidade⁸.

A ênfase na Atenção Básica e na ESF, apesar de movimentos de reconfigurações, esteve presente em todo o processo de transformação do SUS, e está, cada vez mais, em foco nas agendas das instituições de ensino para a formação em saúde. Mesmo com a continuidade desses processos,

estão sendo agregados a eles outros elementos, como a educação permanente, para dar respostas às possíveis limitações e avançar na consolidação do 'novo'⁹.

A formação de profissionais com o pensamento contra-hegemônico é um grande desafio para a prática docente, para a compreensão dos alunos e para a correspondência, numa mesma sintonia, dos profissionais dos serviços de saúde. As mudanças discutidas são diretamente dependentes da superação de paradigmas, pois as construções feitas rumo às mudanças são movimentos de redefinição de saberes e de práticas¹⁰.

A formação em saúde assume importante papel para a consolidação do Sistema e do modelo de saúde, a partir da introdução de discussões e da problematização da relação entre políticas econômicas e sociais e da determinação do processo saúde-doença. Essa prática, tomada como a prática pedagógica, contribui para o aprimoramento das ações em saúde correspondentes às necessidades reais da população, por consequência, o modelo se consolida por conta de estratégias como estas¹¹.

Um SUS concreto depende de um profissional humanizado. Por isso, se propõe pensar em um giro ético do processo de formação de enfermeiros. A humanização como tema transversal nos currículos, para além do aspecto cognitivo, capaz de dar sentido à teoria, é potencial para efetivar as mudanças pretendidas¹².

Surgiu da percepção dos sujeitos deste estudo o hiato existente entre a teoria em relação ao modelo de atenção a saúde apreendido na sala de aula e a prática nas unidades de atenção básica à saúde. Foi possível constatar, nos relatos, o atual domínio teórico vivenciado por alunos, docentes e profissionais em suas trajetórias. Contudo, nestas mesmas experiências, persistem limitações impostas pela prática incapazes de superar a dicotomia teoria e prática. Os sujeitos concordaram que, na teoria, a perspectiva do modelo integral vem sendo amplamente discutida nas disciplinas teóricas. Por outro lado, eles também concordaram que, ao chegarem para as vivências nos cenários do trabalho, a realidade se mostra contraditória aos princípios para o cuidado e o trabalho, bem como ao estilo de pensamento aprendidos na teoria.

Muito se discute acerca de recomendações para transpor as fragilidades do processo de construção do pensar e do fazer na saúde. Porém, dois elementos aparecem como um mantra nos apontamentos de estratégias de superação dos desafios: a avaliação contínua dos processos e o diálogo frequente e eficaz entre as áreas da educação e da saúde e a sociedade. A formação precisa transcender a técnica e a academia, de modo a servir para a transformação social¹³.

A imagem-objetivo proposta, por vezes, parece distante e, até mesmo, inalcançável, permeada por conceitos complexos, cujas exigências representam a saída da zona de conforto. Há de se pensar em investimentos na perspectiva da educação permanente para aproximar esta imagem-objetivo da realidade daqueles responsáveis por sua construção. Tem-se demonstrado, em alguns estudos, a sensação de angústia revelada por atores do processo, gerada pela falta de conhecimento das propostas.

Além do conhecimento conceitual e técnico, existe a compreensão e incorporação dos objetivos no cotidiano dos serviços, de modo que estes façam real sentido para o processo de trabalho de docentes e profissionais e para o processo de aprendizagem dos alunos^{14,15}.

Se, de um lado, está a Atenção Básica e seu processo de trabalho real diferente do prescrito, com suas deficiências históricas ligadas às profissões e organizações; de outro, está a formação universitária com visão fragmentada, expressa pela sua organização em disciplinas. Dessa forma, a tensão entre os lados não contribui para avançar no processo de mudança.

O SUS alavancou as transformações da formação em saúde, contudo, uma pergunta recorrente é a respeito da aceitação dos cursos para as mudanças paradigmáticas e a disponibilidade para a construção de um novo ensino e de uma nova prática¹⁶. Se a resposta for sim, ruma-se à concretização dos objetivos, mesmo considerando a impossibilidade de atingi-los imediatamente. Se a resposta for não, ainda que contra o fluxo da demanda, abre-se a oportunidade para uma discussão consciente, pois, houve interesse em ouvir a argumentação das demais partes envolvidas.

A interdisciplinaridade constitui elemento fundamental do processo de trabalho para a atenção integral. Justamente, a interdisciplinaridade foi evidenciada, pelos sujeitos deste estudo, como avanço nas relações multiprofissionais, observada em suas experiências.

A integração de atividades entre cursos da área da saúde e a promoção da interdisciplinaridade são grandes desafios para a organização da lógica e da prática acadêmica. Não obstante, estudos teóricos e/ou empíricos convergem para a importância de se oportunizarem experiências interdisciplinares durante o processo de formação¹⁷.

Sem a pretensão de tecer qualquer discussão conceitual, cabe, neste momento, destacar que a interdisciplinaridade, como objeto do modelo de atenção à saúde, neste estudo, é tomada como a integração entre saberes e fazeres de diversas disciplinas de áreas do conhecimento distintas. É importante não confundir este conceito com o conceito de multidisciplinaridade. Nesse, o grau de interação entre as disciplinas é menor, não há interdependência entre as disciplinas¹⁸. Portanto, ao se analisarem os dados que trouxeram à tona a palavra interdisciplinaridade, observou-se que o conceito compreendido se aproxima mais da perspectiva multiprofissional, porque as experiências ainda preservam os limites das disciplinas. Além disso, as experiências interdisciplinares nas vivências dos sujeitos se configuraram na interação intercurso e/ou interprofissionais, desta forma, estão aquém do verdadeiro sentido da interdisciplinaridade.

A constatação acima não minimiza os efeitos positivos da interação entre alunos, docentes e profissionais de diferentes categorias e áreas do conhecimento. Acredita-se, sim, que as possibilidades de 'encontros' entre as diversas áreas são oportunidades concretas de conhecimento mútuo, reconhecimento entre as profissões e qualificação da atenção à saúde da população.

Algumas estratégias denominadas interdisciplinares estão sendo colocadas em prática pelas instituições de ensino para fomentar essa nova organização para os cursos da saúde. A inserção de temas transversais nos currículos, a realização de seminários e discussão de casos clínicos entre acadêmicos de vários cursos, e a adoção de provas únicas com questões de várias disciplinas do currículo são exemplos apontados como práticas interdisciplinares¹⁹.

Nesses percursos, ainda há confrontos gerados por questões dificultadoras, como se discutiu a respeito da consolidação do modelo de atenção, a questão da interdisciplinaridade sofre com interferências de macro e micropolíticas. São fatores relacionados à história da formação profissional, pois, muitos daqueles que hoje estão à frente do processo de formação e da atenção à saúde foram formados sob concepções diferentes. É comum ouvir-se falar de perfil profissional mais ou menos resistente, mas sabe-se que há determinantes para além de questões subjetivas^{20,21}.

Foi constatada, nos resultados deste estudo, a rigidez das organizações acadêmicas e dos serviços. Os horários de aulas, os calendários acadêmicos e as rotinas impostas pelas demandas espontâneas e programadas acabam por limitar as possibilidades de realização de ações conjuntas entre os cursos da área da saúde, bem como, o planejamento e a avaliação de atividades concernentes à formação acadêmica. Além dos limites da organização, também se enfrenta a falta de postura e atitude pró-interdisciplinaridade, seja por parte dos alunos, ou docentes ou dos próprios profissionais da Atenção Básica à Saúde^{22,23}.

A atenção à saúde a partir da realidade por si já é interdisciplinar, portanto, deve haver uma pactuação entre os profissionais para integrar e corresponsabilizar a todos pela assistência à saúde e pela aprendizagem dos alunos em formação²⁴. A capacidade de transitar por uma ou mais disciplinas se adquire em uma formação diferenciada, voltada para a promoção e proteção da saúde, pois são, por natureza, conteúdos interdisciplinares. Apenas a interface entre as diferentes áreas do conhecimento poderá corresponder adequadamente às demandas da atenção básica à saúde do modo como se deseja²⁵.

Considerações finais

Abordar o tema do modelo de atenção à saúde constitui um desafio, devido à complexidade e possíveis vieses conceituais que se pode cometer. Este estudo buscou discutir o tema a partir de experiências concretas de formação profissional em enfermagem, sob a perspectiva dos atores envolvidos no processo, alunos, docentes e profissionais dos serviços de atenção básica à saúde.

Em tempo, se buscou discutir o modelo de atenção fundamentado nos preceitos da atenção básica à saúde enquanto primeiro nível de atenção no SUS e *locus* privilegiado para a promoção e a proteção à saúde e a interdisciplinaridade. É, especialmente, nesse âmbito dos serviços de saúde, o cenário onde se processam as transformações paradigmáticas do saber e do fazer em saúde. O que se pretende é transpor as barreiras da atenção técnica, biológica e curativista, para uma atenção que considera outras dimensões do cuidado à saúde e do trabalho em saúde, como o social e o ético, e reconhece o papel da interlocução entre as diferentes áreas do conhecimento para atingir esse amplo nível de atenção.

Se o setor saúde passa por esse processo de consolidação de um novo modo de pensar e fazer em saúde, espera-se do setor educação uma atenção fundamental durante o processo formativo dos futuros profissionais da saúde, para corresponder às demandas e expectativas do Sistema.

A palavra processo parece ser a que melhor traduz as evidências encontradas nos discursos dos sujeitos desta pesquisa. Ela representa uma trajetória em construção, onde convivem elementos do modelo 'velho' com aspectos no 'novo' modelo, ainda incipientes e um pouco frágeis, mas em busca de consolidação.

Este estudo reafirmou a existência de uma conjuntura favorável para o fortalecimento do modelo de atenção básica desde a formação, bem como, para que este modelo possa ser vivenciado pelos alunos nas práticas, ou seja, para que ele também esteja fortalecido nos serviços de saúde. Tal conjuntura se constitui de diretrizes políticas da saúde e da educação, e da atitude dos sujeitos do processo que creem na proposta. Porém, persistem certas resistências em relação às mudanças, manifestadas por todos os atores do processo. Também há limitações estruturais e de organização que não favorecem ações totalmente pautadas na proposta desejada e perpetuam a dicotomia entre teoria e prática.

Em relação ao modelo como um todo, emergiu uma característica do modelo pretendido que representa avanços; contudo, convive com limitações na formação e no cotidiano dos serviços de saúde, trata-se da interdisciplinaridade.

Como processos em permanente construção, sobretudo, porque representam rupturas paradigmáticas, o modelo de atenção e a interdisciplinaridade requerem foco contínuo das discussões acadêmicas e dos serviços de saúde. Discussões para o planejamento e avaliação de ações de integração ensino e serviço, com reflexos concretos para a qualidade da assistência e para o desenvolvimento das habilidades profissionais correspondentes às mudanças desejadas. Canais de diálogo permanente entre instituições de ensino e serviços de saúde de modo a integrar, efetivamente, interesses e objetivos em comum parece ser uma estratégia que ainda requer efetividade, deixar de ser apenas uma recomendação recorrente e se tornar uma prática comum nas experiências de todos os sujeitos.

Para a formação em enfermagem, como para as demais profissões da área da saúde, a aproximação do modelo de atenção básica desde o início do curso, inegavelmente, representa uma possibilidade para que a compreensão desse modelo se concretize e seja exercida na vida profissional. Falta concordância entre a teoria e a prática no sentido de existirem espaços de expressão do modelo de atenção básica nos serviços correspondentes. São necessários investimentos em educação permanente para ressignificação das práticas e, desta forma, os reflexos poderão ser observados sobre a formação e sobre os serviços.

Colaboradores

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

Referências

1. Monken M, Batistella C. Vigilância em saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. p. 471-8.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012.
3. Feuerwerker LCM. Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde [Internet]. 2006 [acesso 2010 Fev 27]. Disponível em: http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf
4. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4a ed. Porto Alegre: Bookmann; 2010.
5. Santos LM, Oliveira EM, Crepaldi MA, Ros MA. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. Rev Saude Publica. 2010; 44(1):177-84.
6. Luz MT. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. Saude Soc. 2009; 18(2):304-11.
7. Ogata MN, Machado MLT, Catoia EA. Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo de atenção: representações sociais dos usuários. Rev Eletr Enferm [Internet]. 2009 [acesso 2012 Dez 10]. 11(4):820-9. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/pdf/v11n4a07.pdf>
8. Viana EMN, Almeida PC, Soares NT, Luna MFG, Esmeraldo GROV. Adequação dos profissionais de saúde ao Programa de Saúde da Família: propostas e conquistas. Rev APS. 2010; 13(1):109-17.
9. Castro ALB, Machado CV. A política federal de atenção básica à saúde no Brasil nos anos 2000. Physis. 2012; 22(2):477-506.
10. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008; 42(1):48-56.
11. Chaves MMN, Larocca LM, Peres AM. Enfermagem em saúde coletiva: a construção do conhecimento crítico sobre a realidade de saúde. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45(2):1701-4.
12. Haddad JGV, Zoboli ELCP. O Sistema Único de Saúde e o giro ético necessário na formação do enfermeiro. Mundo Saude. 2010; 34(1):86-91.
13. Silva MJ, Sousa EM, Freitas CL. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. Rev Bras Enferm. 2011; 64(2):315-21.
14. Camelo SHH, Angerami ELS. Formação de recursos humanos para a Estratégia de Saúde da Família. Cienc Cuid Saude. 2008; 7(1):45-52.
15. Montenegro LC, Brito MJM. Aspectos que facilitam ou dificultam a formação de enfermeiro em atendimento primário à saúde. Invest Educ Enferm. 2011; 29(2):238-47.
16. Nogueira MI. As mudanças na educação médica brasileira em perspectiva: reflexões sobre a emergência de um novo estilo de pensamento. Rev Bras Educ Med. 2009; 33(2):262-70.
17. Uchimura KY, Bosi ML. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. Interface (Botucatu). 2012; 16(40):149-60.

18. Oliveira MAC. A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em Enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2012; 46(2):1-2.
19. Souza MCA, Casotti E, Mello ACF, Goyatá FR, Souza TC, Albuquerque CJM. Interdisciplinaridade no ensino superior: de imagem-objetivo à realidade! Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1 Supl 2):158-63.
20. Almeida MM. Da teoria à prática da interdisciplinaridade: a experiência do Pró-Saúde Unifor e seus nove cursos de graduação. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1 Supl 1):119-26.
21. Medeiros CS, Carvalho RN, Cavalcanti PB, Salvador AS. O processo de (des)construção da multiprofissionalidade na Atenção Básica: limites e desafios à efetivação do trabalho em Equipe na Estratégia Saúde da Família em João Pessoa-PB. Rev Bras Cienc Saude. 2011; 15(3):319-28.
22. Loch-Neckel G, Seemann G, Eidt HB, Rabuske MM, Crepaldi MA. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. Cienc Cuid Saude. 2009; 14 Supl 1:1463-72.
23. Pizzinato A, Gustavo AS, Santos BRL, Ojeda BS, Ferreira E, Thiesen FV, et al. A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1 Supl 2):170-7.
24. Barreto VHL, Monteiro ROS, Magalhães GSG, Almeida RCC, Souza LN. Papel do preceptor da Atenção Primária à Saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco – um termo de referência. Rev Bras Educ Med. 2011; 35(4):578-83.
25. Guedes LE, Ferreira Junior M. Relações disciplinares em um centro de ensino e pesquisa em práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Saude Soc. 2010; 19(2):260-72.

Brehmer LCF, Ramos FRS. El modelo de atención a la salud en la formación en enfermería: experiencias y percepciones. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):135-45.

El estudio buscó identificar, en la formación de enfermería, cómo se expresa el modelo de atención a la salud en la percepción de alumnos, docentes y profesionales de la Atención Básica a la Salud. Se trata de una investigación cualitativa, un estudio de caso. Los casos fueron cinco cursos de graduación de diferentes instituciones del estado de Santa Catarina. Los resultados se presentan en tres categorías: "Hegemonía y contra-hegemonía: la co-existencia de dos abordajes en la atención a la salud", "De la teoría a la práctica, cómo el modelo de atención a la salud se expresa en dos ámbitos de la formación" e "Interdisciplinariedad... ¿Avances, sesgos?". Como proceso, el modelo de atención requiere un enfoque continuo en las discusiones entre enseñanza y servicio. La planificación y evaluación en conjunto reflejan concretamente la calidad de la asistencia y el desarrollo de las habilidades profesionales. A pesar de los límites, hay avances innegables para la consolidación del modelo de atención.

Palabras clave: Educación Superior. Modelos de atención a la Salud. Atención Primaria a la Salud. Interdisciplinariedad.

Recebido em 07/04/15. Aprovado em 18/08/15.

Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais:

com a palavra, os profissionais de saúde

Ana Claudia Freitas de Vasconcelos^(a)

Elke Stedefeldt^(b)

Maria Fernanda Petrolí Frutuoso^(c)

Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. An experience of teaching-service integration and change of professional practices: healthcare professionals speak out. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):147-58.

The objective was to analyze the changes in healthcare practices subsequent to introduction of the activities of a public university into primary healthcare in Santos, state of Sao Paulo, Brazil. This was a qualitative study among primary healthcare professionals involved in educational and extension activities at the university. Some interviewees reported that they had not participated in joint planning of activities and emphasized that there is a dichotomy between theory and practice. These professionals point out potential for teaching-service-community integration with regard to changes of practices, taking the view that the university does not replace the service, but provides a moment of pause and discussion that allows changes to the ways of relating to and perceiving users' problems, with rethinking of the concepts of health, care and teamwork, and also favoring of contact with and studies on new tools/ways of working.

Keywords: Teaching-care integration services. Continuing education. Primary Health Care. Brazilian National Health System.

Objetivou-se analisar as mudanças nas práticas em saúde a partir da inserção das atividades de uma universidade pública na atenção básica em saúde de Santos, SP, Brasil. Trata-se de pesquisa qualitativa com profissionais da atenção básica em saúde envolvidos em ações de ensino e extensão da universidade. Alguns entrevistados relatam não participar do planejamento conjunto das atividades e reiteram a dicotomia entre teoria e prática. Os profissionais apontam potencialidades na integração ensino-serviço-comunidade no que diz respeito a mudanças das práticas, entendendo que a universidade não substitui o serviço, mas propicia um momento de pausa e discussão, que permite mudar a forma de se relacionar e perceber os problemas dos usuários, de repensar a concepção de saúde, cuidado e trabalho em equipe, além de favorecer o estudo e o contato com novas ferramentas/formas de trabalho.

Palavras-chave: Serviços de integração docente-assistencial. Educação continuada. Atenção Primária à Saúde. Sistema Único de Saúde.

^(a) Coordenadoria de Formação e Educação Continuada, Secretária Municipal de Saúde de Santos. Rua Quinze de Novembro, 195, 5º andar, Centro Histórico. Santos, SP, Brasil. 11010-151. anavasconcelos@santos.sp.gov.br

^(b,c) Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde, Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. elke.stedefeldt@unifesp.br; fernanda.frutuoso@unifesp.br

Introdução

Muitos são os debates sobre a articulação ensino-serviço, em consonância com os movimentos de transformação da graduação em saúde, como propulsora para a mudança de práticas profissionais, a partir da reflexão sobre a realidade e a produção de cuidado, visando à modificação do modelo assistencial vigente, predominantemente voltado para ações prescritivas e médico centradas¹⁻⁴.

O histórico dos programas e iniciativas implementadas no Brasil com vistas à articulação ensino-serviço-comunidade apontam para o fortalecimento da integração com centralidade na atenção primária à saúde e maior participação da gestão e dos profissionais do sistema de saúde no direcionamento de ações e projetos⁴. O diálogo entre universidade, serviços e comunidade encontra embates para a modificação da formação dos profissionais de saúde, na perspectiva da graduação e educação permanente, uma vez que os objetivos propostos não necessariamente são acompanhados pelas práticas profissionais, diante das diferentes concepções de saúde e cuidado, e de distintas lógicas de organização do trabalho em saúde. Os cenários das práticas em saúde contêm disputas e interesses, sendo lócus de subjetividades^{2,3}.

Nesse contexto, a proposta da Universidade Federal de São Paulo – *campus* Baixada Santista (Unifesp-BS) – única universidade pública no município de Santos (SP) e, também, a mais recente (desde 2006) – prevê a formação de profissionais da área de saúde aptos para o trabalho em equipe, com ênfase na integralidade do cuidado⁵.

Para Peduzzi⁶, o trabalho em equipe multiprofissional expressa tanto a face do trabalho quanto a da interação social, na medida em que se configura como estratégia para a criação de espaços de reflexão, com vistas a buscar novas pactuações intersubjetivas para intervenções que considerem os modos de vida da população e alcancem a integralidade do cuidado.

Segundo o Projeto Político Pedagógico (PPP) da Unifesp-BS, a aproximação entre a universidade, os serviços de saúde e a comunidade deve funcionar como um meio de direcionar a formação do aluno à realidade – nacional e regional – da saúde e do trabalho. A percepção da multicausalidade dos processos mórbidos, tanto individuais como coletivos, demanda novos cenários para o ensino-aprendizagem na área de saúde, superando a simples utilização da rede de serviços como campo de ensino e propondo a reelaboração da articulação teoria-prática, ensino-aprendizagem-trabalho e, fundamentalmente, uma reconfiguração do contrato social da própria universidade⁵.

Essa proposta insere-se no contexto da aprendizagem baseada na experiência, onde, segundo Capozzolo et al.⁷, os alunos participam de reiteradas experiências, que permitem exercer a produção do cuidado e vivenciar o trabalho em saúde antes do contato com os referenciais teóricos, em encontros nos quais os sujeitos se afetam e se produzem mutuamente.

A proposta da Unifesp-BS corrobora o inciso III do Artigo 200, da Constituição Federal de 1988, reiterado no inciso III do Artigo 6º, da Lei nº 8.080/90⁸, que explicita o papel do Sistema Único de Saúde (SUS) como formador/ordenador de recursos humanos da área de saúde.

Nesse contexto, este trabalho teve como objetivo descrever e analisar a possibilidade de mudanças nas práticas em saúde, a partir da inserção das atividades da Unifesp-BS na atenção primária à saúde, na perspectiva dos profissionais de saúde que acompanham as ações.

Metodologia

Foi realizada pesquisa de caráter exploratório, construída a partir de abordagem qualitativa, que, segundo Minayo⁹, permite que a fala revele as condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos que podem ser usados para transformações, como construções humanas significativas. Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, após autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos, e os dados foram coletados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram investigados sete profissionais de uma Unidade Saúde da Família (USF), de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e da Seção de Atenção em Trabalho de Saúde Coletiva (SEATESC) – equipe multiprofissional que apoia as atividades das duas unidades, em um período da semana (Quadro 1).

Quadro 1. Fragmentos da trajetória profissional dos sujeitos entrevistados*.

Agente comunitário em saúde, concluiu o Ensino Médio. Trabalha na unidade de saúde desde 2009.
Agente comunitário em saúde, concluiu o Ensino Médio. Trabalha na unidade de saúde desde 2014.
Educador físico graduado em 2005. Lecionou em escolas até 2009, quando ingressou na Prefeitura Municipal de Santos (PMS) para atuar na atenção básica em saúde, onde está lotado atualmente.
Enfermeiro graduado em 1993. Sua experiência profissional contempla trabalho em atenção hospitalar e atenção primária em saúde.
Enfermeiro graduado em 2004. Ingressou na atenção básica à saúde em 2006 e possui experiência anterior como técnico de enfermagem.
Nutricionista graduada em 2004. Trabalha na prefeitura desde 2008, atuando na Coordenadoria de Saúde do Adulto e Idoso, com o Programa do Hiperdia, e na SEATESC.
Psicóloga graduada em 1997, ano em que também ingressou na PMS. Iniciou suas atividades na SEATESC. Concilia o trabalho na atenção básica à saúde com consultório particular.

* Todos os profissionais com nível superior possuem pós-graduação *lato sensu* e alguns cursam pós-graduação *stricto sensu*.

Cabe ressaltar que o município não possui Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e que a atenção primária à saúde (APS) está estruturada de forma mista, com USF e UBS com Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Como critério de inclusão dos profissionais nesta investigação, foi considerado o acompanhamento das atividades da universidade no ano de 2012.

A escolha das unidades de saúde baseou-se na inserção de três modalidades de atividades acadêmicas da universidade, a saber: Eixo Trabalho em Saúde, estágios curriculares obrigatórios e Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde.

Sobre a descrição dessas ações, ressalta-se que os cursos de graduação são norteados por quatro eixos de formação: O ser humano em sua dimensão biológica; O ser humano em sua inserção social; Aproximação ao trabalho em saúde; Aproximação a uma prática específica em saúde, sendo este chamado de eixo específico;⁵.

Os eixos específicos são destinados aos alunos de cada área profissional, com o aprofundamento gradual do conhecimento específico de cada curso (Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional). Os outros três eixos, denominados comuns, são oferecidos a turmas mistas, com alunos de todos os cursos. O eixo Trabalho em Saúde (TS) permite a aproximação gradativa dos estudantes com os serviços e, conseqüentemente, com a prática de cuidado, refletindo sobre as possíveis intervenções, de acordo com o ano cursado e com a supervisão docente^{2,5}.

Ainda sobre o eixo TS, no primeiro ano de graduação, os alunos cursam os módulos *Saúde como processo: contexto, concepções e práticas I e II*, que, no primeiro semestre, têm por objetivo conhecer diversos modos de vida da população e suas implicações para o processo saúde-adoecimento-cuidado. No segundo semestre, o módulo visa "discutir o sistema de saúde vigente em nosso país, analisar a evolução da racionalidade clínico-epidemiológica, seus pressupostos investigativos e suas implicações para as políticas de saúde e para a prática profissional de saúde"² (p. 54).

No segundo ano, o módulo *Prática clínica integrada: análise de demandas e necessidades de saúde* tem como objetivo ampliar as percepções dos estudantes sobre o cuidado em saúde, utilizando narrativas de vida de indivíduos e/ou famílias escolhidas pelas equipes das unidades em conjunto com os professores. Ainda no segundo ano, o módulo *Clínica integrada: atuação em grupos populacionais* possibilita, ao estudante, momentos de intervenção em equipe, a partir de ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, usando o dispositivo de grupos².

No terceiro ano, no módulo *Prática clínica integrada: produção de cuidado* (oferecido a todos os cursos, exceto ao de Serviço Social), os alunos, distribuídos em miniequipes, propõem atividades de intervenção por meio de visitas domiciliares ou de atividades em grupo, a partir da elaboração de um projeto terapêutico de cuidado².

Dando continuidade à formação nos serviços de saúde, os cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Terapia Ocupacional oferecem estágios curriculares obrigatórios em equipamentos de APS, sendo que, em 2012, as unidades estudadas receberam discentes das áreas de Nutrição, Educação Física e Psicologia.

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Atenção à Saúde (PRMAS), iniciado em 2010, objetivou favorecer práticas interdisciplinares, possibilitando a formação de profissionais capazes de estabelecer o diálogo entre o saber específico e o saber compartilhado em cenários na APS (e, também, hospitalar), para oito categorias profissionais correspondentes aos cursos de graduação da Unifesp-BS somadas às áreas de Enfermagem e Farmácia.

Para estudar a possibilidade de mudanças nas práticas profissionais a partir da inserção dessas atividades nas unidades, aplicou-se entrevista semiestruturada, segundo orientações e roteiro preestabelecidos, realizada por profissional da área de saúde externo aos serviços envolvidos. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

O material foi tratado pela análise temática, na qual os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso são caracterizados pela presença de determinados temas. Na prática, identificam-se núcleos de sentido presentes na comunicação, cuja frequência aponte para algo relacionado ao objetivo em análise⁹. Foram realizadas as etapas de classificação das entrevistas por unidades de contexto (ideia central) e, em cada uma delas, foram identificadas as unidades de registro (relatos). A seguir, os significados das unidades de registro e contexto foram classificados em categorias de análise.

Norteou este estudo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, elaborada pelo Ministério da Saúde, que trata a educação permanente como a relação – dinâmica e orgânica – entre ensino-ações-serviços e entre docência e atenção à saúde, com vistas à aprendizagem no trabalho, com a transformação de práticas profissionais e da organização do processo de trabalho, a partir da problematização da realidade¹⁰.

Entendendo que a inserção acadêmica nos serviços possibilita encontros e, portanto, produz formação e cuidado, a pesquisa intentou dar voz ao profissional de saúde, revelando suas aproximações e distanciamentos em relação à temática como atores importantes neste processo de inserção. O olhar sobre a relação entre universidade, serviço e comunidade permite avançar em um efetivo compromisso de enfrentamento conjunto de problemas de saúde e construção da atenção integral na rede de serviços/cuidado, aposta da parceria entre a Unifesp-BS e a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMS).

Este manuscrito não pretendeu tratar da complexidade do tema da integração ensino-serviço-comunidade, tampouco das singularidades da organização de cada uma das modalidades de inserção da Unifesp-BS e/ou do processo de trabalho dos profissionais envolvidos. Este estudo possibilitou apontar para as potencialidades e os desafios dessa experiência para mudanças de práticas dos profissionais em um contexto dinâmico de constante diálogo e construção. Pretendemos, então, responder às questões: 1 Os profissionais reconhecem a importância da integração academia-serviço-comunidade para mudança de suas práticas profissionais? 2 Que elementos contribuem para uma possível mudança de práticas?

Resultados e discussão

Sobre a inserção da Unifesp-BS: ações que orbitam os serviços?

A escolha das unidades para este estudo teve como critério a diversidade das ações da universidade, o que pode indicar profissionais mais abertos às ações e à presença de estudantes e docentes: “Eu acho que, tipo assim, que tinha que ter em todas as poli, em todas as unidades de saúde”. Por outro lado, a grande quantidade de ações nas unidades não garante o envolvimento de todos os profissionais da equipe, que não são unânimes quanto à proximidade das ações (Quadro 2).

Quadro 2. Sobre as ações da Unifesp-BS nos serviços: reconhecimento e participação dos profissionais de saúde

Ideia central	Relato
A universidade realiza um trabalho distante do serviço.	“E dos estagiários e do pessoal da TS, é um trabalho que eles meio que faziam uma sombra da equipe e dos agentes comunitários” (E5) “Eu sinto que é um trabalho que é feito à parte, fica meio como se fosse orbitando no trabalho da unidade em alguns momentos” (E7)
O profissional permanece distante das ações da parceria ensino-serviço ou sobrecarregado pela presença dos alunos.	“Ainda não tive tempo de acompanhar. Eu não participo muito das reuniões deles porque eu acabo entretida com o meu atendimento lá fora, com a equipe de enfermagem. Até porque, se eu deixar o paciente pra depois...” (E4) “O agente comunitário tem aquele monte de coisa pra fazer, e aí tem que mostrar o território pros estagiários” (E3)
Reconhecimento da presença das atividades, sem diferenciação.	“Eu não vou saber dizer se é o eixo I, II, III porque isso pra mim ainda não é tão claro; a gente tem contato com os alunos e professores, mas eles fazem avaliação, eles fazem o relato de vida das pessoas, eles acompanham...” (E7)

Alguns profissionais mostram um certo distanciamento dos alunos/docentes, como se o equipamento “locasse” o espaço para uso da universidade, que é “sombra da equipe e dos agentes comunitários”, e realiza “um trabalho que é feito à parte, fica meio como se fosse orbitando no trabalho da unidade”, trazendo, assim, a noção de ‘estar junto’ no lugar de ‘fazer junto’.

A equipe de profissionais parece saber da presença da Unifesp-BS, mas, muitas vezes, não consegue distinguir ou detalhar cada uma das ações da universidade, possivelmente por estar apartada da concepção, do planejamento e da avaliação das propostas, que resultam em atividades desenvolvidas apenas pela universidade – “Eles fazem avaliação, eles fazem o relato de vida das pessoas, eles acompanham...”. Exceção pode ser atribuída às chefias das unidades, que descrevem com clareza e domínio cada uma das atividades, uma vez que todas as propostas desenvolvidas são direcionadas para ciência, deliberação e avaliação de tais lideranças e, muitas vezes, não são compartilhadas com toda a equipe.

Carvalho et al.¹¹ descrevem, também, pouca participação dos profissionais no planejamento das ações compartilhadas, em experiência com futuros médicos na atenção básica de Sorocaba (SP).

Diante desse contexto, cabe reforçar o papel do SUS na formação em saúde, seguindo os preceitos da Lei nº 8.080/90⁸, e ponderar sobre como poderia se dar este papel formador, uma vez que os profissionais, que relatam estar sobrecarregados, consideram a inserção dos alunos como um “plus” aos seus afazeres cotidianos – “Tem aquele monte de coisa pra fazer e aí tem que mostrar o território pros estagiários” –, que não deve ser priorizado diante da assistência ao usuário do serviço – “até porque, se eu deixar o paciente pra depois...”.

Azevedo et al.¹², em estudo sobre a inserção de alunos de Medicina na atenção básica de Campinas (SP), apontam relatos semelhantes dos profissionais quanto à sobrecarga de trabalho advinda do acompanhamento dos alunos, bem como quanto à participação pontual nas ações desenvolvidas.

Estudos sobre trabalhar na área de saúde descrevem profissionais requisitados para atender às necessidades dos cidadãos e do sistema, com grande carga de trabalho diário e tarefas de elevada complexidade, vivendo sob forte tensão profissional, pois a imprevisibilidade é uma constante nas unidades, além da obrigatoriedade do cumprimento de metas^{13,14}.

Há de se buscar uma reflexão sobre esse fazer, com vistas a dar sentido aos atos da saúde, que, segundo Assunção¹⁵, diz respeito ao modo de um indivíduo relacionar seus atos profissionais à construção de seu próprio futuro. A utilidade social daquilo que se faz, as ocasiões de aprendizagem e de autodesenvolvimento são fatores preponderantes para o sentido do trabalho e constituem aspectos inerentes à integração em estudo.

Para Oliveira et al.¹⁴, o encontro dos profissionais com o usuário – e, também, com alunos e professores – associa-se a um movimento de renormatização na busca de um novo modo de fazer permeado pelas dinâmicas e pela organização do trabalho, pelo panorama epidemiológico e pela concepção dos envolvidos quanto à saúde e ao cuidado, entre outros itens.

Nesse sentido, há indicativos de que um dos desafios para a parceria em estudo é a incorporação de mais profissionais da equipe no planejamento e na avaliação das propostas da integração, no sentido de fortalecer o papel do SUS como formador em saúde e de propiciar espaços para (re)pensar o cotidiano de trabalho e as práticas profissionais.

Junqueira et al.¹⁶, em estudo sobre as ações do eixo TS em unidades básicas de saúde, evidenciaram diferentes percepções dos profissionais quanto à inserção dos alunos, bem como diferentes estratégias de aproximação, planejamento, execução e avaliação das atividades. A Coordenadoria de Formação e Educação Continuada da SMS (COFORM/SMS), responsável pela articulação com as instituições de Ensino Superior no município, realiza avaliação periódica com os profissionais de saúde, sobre a inserção de alunos nos serviços, que demonstram o caráter processual da integração ensino-serviço-comunidade.

Em 2012, a Unifesp-BS, em conjunto com a SMS, foi contemplada pelo Programa de Reorientação da Formação em Saúde (ProSaúde) e, também, com cinco Programas de Educação pelo Trabalho (PET), todos envolvendo equipamentos de APS. Entre os objetivos do ProSaúde, estão o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade e a qualificação das práticas de formação e cuidado integral em rede, o que contribui para uma produção de conhecimento orientada pelas necessidades de saúde da população de maior vulnerabilidade social.

Com o ProSaúde, a Unifesp-BS e a COFORM/SMS pactuaram a implantação de uma comissão institucional de acompanhamento da parceria, com representação de docentes, discentes, gestores e profissionais, visando, entre outras ações, definir as atividades da universidade nos serviços, contribuindo para a continuidade das mesmas, e para ampliar a articulação entre as diferentes atividades de ensino (TS, estágios, PRIMAS), de extensão e pesquisa da universidade, tanto para potencializar o aprendizado conjunto e o trabalho docente quanto para fortalecer as ações de cuidado integral e de educação permanente.

Sobre a inserção da Unifesp-BS: ações em simbiose com os serviços?

A maioria dos profissionais aponta para a possibilidade de reflexão e mudança das práticas, entendendo a parceria ensino-serviço-comunidade como “simbiose” – relação mutuamente vantajosa para duas espécies diferentes, que pode indicar uma relação implicada com recíproca influência (Quadro 3).

Quadro 3. Sobre as ações da Unifesp-BS nos serviços: possibilidades para a mudança de práticas.

Ideia central	Relato
Potencialidades na integração ensino-serviço-comunidade.	"Eu acho que eles têm muito a somar no trabalho da unidade. A tendência é melhorar essa simbiose entre universidade e serviço, os dois podem sair ganhando muito" (E7).
A universidade não substitui o serviço.	"Tem coisas que, por mais que gostem do pessoal da TS, do pessoal da equipe multidisciplinar, mas eles gostam de conversar com o agente comunitário" (E2) "A escola do bairro já tinha pedido pr'a gente fazer algum trabalho lá com os adolescentes, e a gente não estava dando conta. Então, foi bem legal, porque daí veio a proposta da UNIFESP, da TS. A gente desenvolveu muitos grupos que antes não tinham; a gente conseguiu estruturar" (E3) "Os grupos que os residentes desenvolvem e que o pessoal da TS também participa 'traz' orientações, 'diminui' a quantidade de tempo das nossas visitas, porque o tanto de informações que a gente ia passar nas visitas, a gente consegue ir 'em' mais casas" (E5)
O momento de pausa e a discussão.	"A universidade traz aquele momento também de pausa: 'Olha, tem que se atentar mais pra isso'. Eles vão a campo, depois trazem pr'a gente; a gente discute. Isso é fundamental (E6)
Relação e percepção dos problemas dos usuários.	"Eles me ensinaram bastante a ter um relacionamento melhor, até mesmo com meus cadastrados; eles me ensinaram ver de perto o problema do munícipe, pra tentar resolver da melhor forma" (E1)
A dicotomia entre teoria e prática.	"É diferente, a parte acadêmica da parte prática. Não que a gente não tenha isso, mas é diferente, a dinâmica. Quando a gente só vai trabalhando, deixa um pouco dessa questão do estudar diariamente, até porque você tem que correr atrás do concreto" (E4). "Então, vem com todo um deslumbramento, de que tudo na prática tinha que ser como na teoria. Mas a gente 'tá lá realmente pra colocar um pouco o pé no chão" (E6)
O estudo e o contato com novas ferramentas/formas de trabalho.	"Os alunos voltaram realmente a aguçar o nosso interesse pelo estudo. Pr'a gente não se sentir desatualizado com relação aos alunos, voltou a estudar, correr atrás. Ficou com bem mais afinco por conta desse estímulo" (E7) "A gente teve também contato com disciplina de políticas públicas, de projetos terapêuticos integrados, de uma série de ferramentas que a gente não teve contato assim, logo que entrou na prefeitura" (E7) "A equipe começou a aprender a lidar com essa coisa de outros profissionais, outros olhares, nas reuniões de equipe, de discutir o caso com todas essas visões. Então, pr'a equipe também foi muito bom 'dá' uma acordada, questionar algumas coisas, tentar fazer diferente, trazer ideias, sair daquela acomodação que todo mundo acaba caindo" (E3)
Possibilidade de repensar a concepção de saúde, cuidado e trabalho em equipe.	"Querer mapear o território primeiro, pra depois fazer as ações. Nunca se inseriam nas atividades. Depois de um tempo é que, aí sim, deslançou" (E6) "Eles têm uma dificuldade de se entender como equipe. O que eu vou fazer? Ficam aqueles conflitos: em que momento eu atuo como grupo, equipe multi e em que momento eu posso atuar como profissional" (E6) "Eles têm que seguir as normas dos preceptores: o que pode, o que não pode fazer. Disposição, a gente percebe que eles têm, e muita. Eles vão passar por cima de quem é a chefia deles? É igualzinho eu passar por cima da minha enfermeira. Não posso, né?" (E2)

Um dos aspectos importantes que se depreendem dos depoimentos dos profissionais diz respeito à ideia de que a universidade não substitui o serviço, e permite uma composição de ações que resultam, por exemplo, no aumento do número e/ou na diminuição do tempo destinado a visitas domiciliares, bem como da estruturação de ações em grupos nos equipamentos de educação, que eram demandas

não atendidas anteriormente pela unidade – “A gente não estava dando conta... a gente conseguiu estruturar”.

Este depoimento parece contradizer o profissional que considera a integração com os alunos uma sobrecarga de trabalho, e esta referida composição entre universidade e serviço vai ao encontro do discutido por Merhy¹⁷, uma vez que, para a produção do cuidado, é fundamental que os envolvidos – sejam profissionais, usuários, docentes ou alunos – estejam abertos ao encontro, pois, sem um posicionamento para trocas, não há afetamento entre os pares ou abertura às várias formas de conexão que ali estão sendo produzidas, o que não resulta em um produto significativo.

A universidade propicia uma “pausa” nas tarefas para se “atentar”, possivelmente, para o cuidado que pode ser potencializado pelos espaços de discussão, levando a entender que esses espaços ou não existem ou são insuficientes no cotidiano de trabalho desses profissionais, e que a presença da Unifesp-BS pode, de alguma forma, contribuir para a estruturação de tais espaços de discussão para profissionais que se abrem para o encontro.

De todas as categorias profissionais, os agentes comunitários de saúde (ACS) são os que atuam com mais proximidade dos alunos, na organização e operacionalização das visitas territoriais (módulos do 1º ano do eixo TS) e na escolha/discussão de casos e visitas domiciliares (módulos do 2º e do 3º ano do TS, estágios e residência). A relação com os alunos e docentes, para uma agente comunitária, parece auxiliar no componente relacional, propiciando “ver de perto o problema do munícipe, pra tentar resolver da melhor forma”.

A cisão entre o momento de formação e a atuação profissional é apontada na fala dos entrevistados quando relacionam a necessidade de buscar o conhecimento teórico/acadêmico para poder dialogar com a universidade, sem reconhecer ou minimizando a importância do saber da prática ou da produção do conhecimento em ato. Neste sentido, os profissionais de sentem estimulados a estudar, especialmente para “não se sentir desatualizado com relação aos alunos”.

Sendo assim, a integração ensino-serviço pode favorecer a quebra da dicotomia entre teoria e prática, que ainda aparece no discurso dos profissionais – “todo um deslumbramento de que tudo na prática tinha que ser como na teoria”. Ao mesmo tempo, o profissional parece não reconhecer que antecipar o contato com o cuidado/serviço durante a graduação pode ser estratégia fundamental para uma formação em saúde condizente com a realidade, e pode, inclusive, diminuir o referido “deslumbramento” e “colocar um pouco o pé no chão”.

Um dos profissionais aponta que o fato de os alunos se familiarizarem com território/equipamentos/pessoas como uma atividade inicial pode atrapalhar o atendimento – “Querer mapear o território primeiro pra depois fazer as ações. Nunca se inseriam nas atividades”. Ele parece responsabilizar o aluno pelas dificuldades encontradas no trabalho de campo – “Ficam aqueles conflitos: em que momento eu atuo como grupo, equipe multi; e em que momento eu posso atuar como *profissional*”. Assim, o profissional não parece reconhecer seu papel como formador.

Para um dos profissionais, ainda que a dicotomia “parte acadêmica” e “parte prática” seja anunciada, a relação com a universidade propicia o estudo, entendido como “correr atrás do concreto”. A proximidade da gestão municipal central com a Unifesp-BS tem permitido qualificar os profissionais dos diversos níveis de gestão e promover momentos de diálogo para proposições de ações de caráter formativo. Os profissionais descrevem algumas estratégias e ferramentas que aprenderam e os auxiliam no cotidiano de trabalho, sejam nas ações formais de educação permanente ou no contato com alunos e docentes, como na fala a seguir: “A gente teve também contato com disciplina de políticas públicas e com os projetos terapêuticos singulares [desenvolvidos pelos alunos], uma série de ferramentas que a gente não teve contato quando entrou na Prefeitura”.

Cabe pontuar que muitos desses profissionais são/foram alunos de cursos da universidade como, entre outros, do Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde –modalidade profissional, com três linhas de pesquisa: Avaliação, Currículo, Docência e Formação em Saúde; Educação Permanente em Saúde; e Educação em Saúde – e do Curso de Especialização de Formação e Cuidado em Saúde (uma das ações do ProSaúde 2013/2014).

Para Guizardi et al.¹⁸, a presença de estudantes nos serviços pode desnaturalizar o trabalho e, assim, deslocar as referências de estabilidade profissional, promovendo reflexões sobre o fazer já cristalizado,

o que acaba por produzir uma atuação mais cuidadosa e atenta às necessidades da população. Este processo de formação em serviço pode potencializar novas práticas profissionais. Entretanto, embora alguns reconheçam tal potência, ainda não parecem incorporá-la às suas práticas, identificando este “outro” fazer como um fazer acadêmico dissociado do cotidiano, e sem ter o “pé no chão”.

Os entrevistados referem que a presença dos alunos incorpora momentos de troca de saberes, em uma equipe que pode “tentar fazer diferente, trazer ideias, sair daquela acomodação, que todo mundo acaba caindo” e vivenciar uma experiência de trabalho em equipe.

A universidade, ao inserir os discentes nos cenários da prática, convoca a uma postura diferenciada, pois a presença do ‘aprendiz’ faz emergir a complexidade do cuidado que exige não somente elementos técnico-científicos, mas, também, uma mobilização afetiva diante de realidades adversas e, muitas vezes, marcadas pela violência, pela pobreza e pela vulnerabilidade – “Eles me ensinaram bastante a ter um relacionamento melhor com meus cadastrados, a entender a realidade de vida”.

Somam-se, a partir da perspectiva do trabalho em equipe, as dificuldades na atuação interprofissional, na medida em que há, em ato, o desafio de questionar, se aproximar ou se afastar de suas práticas específicas diante de propostas de trabalho compartilhadas – “Eles têm dificuldade de se inserir, de se entender como equipe”.

Nesta experiência, a organização do processo de trabalho, tanto dos profissionais da SMS como da Unifesp-BS, impacta, além de em outros fatores, na possibilidade de integração e mudança de práticas. Para um profissional lotado na SEATESC, por exemplo, há rodízio entre diferentes unidades do município, o que resulta em pouco tempo de permanência em cada equipamento, e dá prioridade aos atendimentos individuais de sua área de atuação. O PRMAS, por exemplo, conta com a maior carga horária prática entre as atividades da universidade, bem como com alunos já formados, o que garante a presença do profissional na unidade – “Estávamos com a equipe mínima, e com o estágio e com a residência, vieram outros profissionais” – e a possibilidade de incorporação do olhar interprofissional no cuidado – “A equipe começou a aprender a lidar com essa coisa de outros profissionais, outros olhares”.

Em relação aos módulos do eixo TS, há visitas pontuais aos equipamentos no primeiro ano de graduação, e visitas quinzenais e semanais de um período no segundo e no terceiro ano, respectivamente. A percepção dos entrevistados, em relação aos alunos de estágio e do eixo TS, aponta que, em alguns momentos, os estudantes manifestam interesse em continuar uma ação de cuidado, mas ficam tolhidos pela limitação da atividade que realizam, como se vê na fala a seguir: “Eles fazem o que está ao alcance deles. Vontade, às vezes, até têm, de fazer, mas não faz parte da alçada deles. Eles têm que seguir as normas lá, dos preceptores [...] disposição, a gente percebe que eles têm, e muita”.

A prática nos equipamentos do SUS permite aos alunos visualizarem possibilidades do exercício da profissão, promovendo melhorias, também, no serviço de saúde, além da ampliação do olhar do estudante para o processo saúde-doença e sua complexidade¹⁹. Neste sentido, os profissionais parecem reconhecer outras possibilidades de atividades, restritas pela forma de organização do trabalho (módulos) de graduação e/ou pela concepção de cuidado dos atores envolvidos. Os entrevistados apontam, também, que alunos do eixo TS e os estagiários requerem mais a atenção dos profissionais das unidades – “Ele ainda tá estudando, não tem autonomia. A gente sempre tem que estar junto”. Cuidar envolve tecnologias e processos simbólicos, e as possibilidades de ações identificadas pelos alunos e profissionais podem ser negociadas com o docente supervisor e dialogar com a renormatização, discutida por Oliveira et al.¹⁴, inerente aos serviços e, também, à universidade.

A partir dos relatos, pode-se considerar a discussão de caso como a estratégia de aproximação ensino-serviço mais utilizada nas unidades, sendo seguida pelas visitas domiciliares e pelos grupos de promoção de saúde e prevenção de doenças. O estudo de caso permite momentos dialéticos entre os atores e busca a resolutividade das ações, visando a um cuidado mais qualificado, possivelmente alcançado pela presença de profissionais de áreas que são inexistentes ou insuficientes na rede de atenção básica.

As avaliações realizadas pela Unifesp-BS e COFORM-SMS, com profissionais, docentes e alunos, apontam que a universidade tem assumido iniciativas de acompanhamento de casos/situações nos

diferentes serviços e entre estes, apontando para a necessidade de tornar tais ocorrências mais expressivas no conjunto, e institucionalizadas. Há o desafio de superar as fragilidades na integração com as equipes, como, por exemplo, promover discussões conjuntas de casos e reuniões com a participação do maior número possível de profissionais. Há, ainda, o desafio de negociar com docentes e preceptores, que trazem diferentes concepções sobre a formação e o cuidado, bem como o desafio inerente à organização dos processos de trabalho, que resulta em pouca disponibilidade dos profissionais e docentes para o ensino.

Há, portanto, indícios de que as mudanças de práticas ocorrem na perspectiva da valorização da escuta, da história de vida e do fortalecimento de espaços de discussão, na perspectiva interdisciplinar, introduzindo novos modos de fazer diante do modelo de cuidado hegemônico, pautado em queixa-diagnóstico-conduta e distante das singularidades de indivíduos, família e comunidade.

Considerações finais

Observou-se que não há unanimidade, por parte dos profissionais, quanto ao reconhecimento da importância da integração academia-serviço-comunidade para mudança das práticas profissionais. Dentre todos os profissionais, as chefias são as que mais conhecem a proposta da universidade e os agentes comunitários são os que mais acompanham os alunos/ações.

A possibilidade de composição entre alunos, docentes e profissionais em ações e discussões compartilhadas; em pausas para diálogo, reflexão e troca de saberes; bem como no exercício da interdisciplinaridade, a partir da presença de futuros profissionais de áreas que não fazem parte do quadro de trabalhadores das unidades são elementos apontados pelos profissionais como contribuintes para uma possível mudança de práticas.

A experiência da Unifesp-BS e da SMS-Santos é uma parceria ainda em processo de construção; e, se por um lado, aponta a tensão entre a conservação e a mudança das formas de ensinar e cuidar históricas nas instituições, e os embates éticos, políticos e pedagógicos enfrentados, por outro, ilustra um 'modo de fazer' que discute o cuidado em saúde e promove a autonomia e o protagonismo de profissionais, discentes, docentes, usuários e gestores.

O entendimento de que a formação e a atuação estão cindidas, resultando em um fazer acadêmico diferente de um fazer da prática, é um ponto instigante que emerge dos relatos dos profissionais. Na complexa e desafiadora experiência em estudo, avançar na sensibilização dos profissionais para o fortalecimento do papel do SUS como ordenador da formação constitui um desafio a esse processo de inserção e articulação, para todos os envolvidos, e diz respeito a novas escolhas, interesses e disputas.

Colaboradores

Ana Claudia Freitas de Vasconcelos e Maria Fernanda Petroli Frutuoso participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo. Elke Stedefeldt participou da concepção do estudo e da revisão final do manuscrito.

Referências

1. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010; 376(9753):1923-58.
2. Capozzolo AA, Feuerwerker LCM. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 35-58.
3. Ellery AEL, Bosi MLM, Loliola FA. Integração ensino, pesquisa e serviços em Saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas. *Saude Soc*. 2013; 22(1):187-98.
4. Dias HS, Lima LD, Teixeira M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1613-24.
5. Universidade Federal de São Paulo [Internet]. Projeto Político Pedagógico: a educação interprofissional na formação em saúde. São Paulo; 2006 [acesso 2015 Jan 5 jan]. Disponível em: <http://www.baixadasantista.unifesp.br/projpedag.php>
6. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2010. p. 161-77.
7. Capozzolo AA, Imbrizi JM, Liberman F, Mendes R. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(45):357-70.
8. 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.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
11. Carvalho SOB, Duarte LR, Guerrero JMA. Parceria ensino e serviço em unidade básica de saúde como cenário de ensino-aprendizagem. *Trab Educ Saude*. 2015; 13(1):123-44.
12. Azevedo BMS, Ferigato S, Souza TP, Carvalho SR. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(44):187-200.
13. Assunção AA, Jackson Filho JM. Transformações do trabalho no setor saúde e condições para cuidar. In: Assunção AA, Brito J, organizadores. *Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 1581-91.
14. Oliveira S, Alvarez D, Brito J. A dimensão gestonária do trabalho: aspectos da atividade de cuidado. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1581-9.
15. Assunção AA. *Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde*. Belo Horizonte: Nescon, UFMG; 2012.
16. Junqueira V, Frutuoso MFP, Silva CRC. Os (des)compassos entre a universidade e os serviços de Saúde. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 229-47.
17. Merhy EE. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saude Soc*. 2012; 21(2):267-79.

18. Guizardi FL, Stelet BP, Pinheiro R, Ceccim RB. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Matos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. 2a ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2006. p. 153-77.

19. Fonseca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araujo ME. Educação pelo trabalho: reorientação a formação do profissional de saúde. Interface (Botucatu). 2014; 18(49):571-83.

Vasconcelos ACF, Stedefeldt E, Frutuoso MFP. Una experiencia de integración enseñanza-servicio y el cambio de prácticas profesionales: los profesionales de la salud tienen la palabra. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):147-58.

El objetivo fue analizar los cambios en las prácticas de salud a partir de la inserción de las actividades de una universidad pública en la atención básica en salud de Santos, estado de São Paulo, Brasil. Se trata de una encuesta cualitativa con profesionales de atención básica en salud envueltos en acciones de enseñanza y extensión de la universidad. Algunos entrevistados relatan que no participan en la planificación conjunta de las actividades y reiteran la dicotomía entre teoría y práctica. Los profesionales señalan potencialidades en la integración enseñanza-servicio-comunidad en lo que se refiere a los cambios de las prácticas, entendiendo que la universidad no sustituye el servicio pero propicia un momento de pausa y discusión que permite cambiar la forma de relacionarse y percibir los problemas de los usuarios, de repensar la concepción de salud, el cuidado y el trabajo en equipo, además de favorecer el estudio y el contacto con nuevas herramientas/formas de trabajo.

Palabras clave: Servicios de integración docente-asistencial. Educación continuada. Atención Primaria a la Salud. Sistema Brasileño de Salud.

Recebido em 13/03/14. Aprovado em 05/07/14.

Lacunas entre a formação do nutricionista e o perfil de competências para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS)

Cristina Garcia Lopes Alves^(a)
 Maria Regina Martinez^(b)

Alves CGL, Martinez MR. Gaps between nutritionists' training and their skills profile for working within Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):159-69.

Nutritionists' work within the Brazilian National Health System (SUS) involves feeding and nutrition activities in institutional, primary care and health surveillance programs and policies, and envisages development of general and specific skills through academic training in accordance with the National Curricular Guidelines. Starting from analysis on a pedagogical course project, we reflected on nutritionists' training and their alignment with the guidelines that regulate the profession and their work within SUS. Fifteen disciplines within the field of public health were selected and subjected to content analysis. This revealed gaps relating to the presence or absence of certain subject matters among the lists. "Leadership" and "continuing education" skills were not identified in the project, even though these are necessary for nutritionists' training. In conclusion, the elements presented will be able to guide nutrition curricula that focus on training for work within SUS.

Keywords: Pedagogical project. Nutrition. Skills. Curricular guidelines.

A atuação do nutricionista no Sistema Único de Saúde (SUS) envolve atividades de alimentação e nutrição em políticas e programas institucionais, de atenção básica e vigilância sanitária, prevendo desenvolver competências gerais e específicas na formação acadêmica, conforme as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Partindo-se da análise de um projeto pedagógico de curso (PPC), refletiu-se sobre a formação do nutricionista e o seu alinhamento com as diretrizes que regem a profissão e sua atuação no SUS. Foram selecionadas e submetidas à análise de conteúdo, que revelou lacunas relacionadas à presença ou não de determinados conteúdos nas ementas, 15 disciplinas do campo da Saúde Coletiva. As competências "liderança" e "educação permanente" não foram identificadas no PPC, embora necessárias à formação do nutricionista. Em conclusão, os elementos apresentados poderão nortear os currículos de Nutrição, com foco em uma formação para atuação no SUS.

Palavras-chave: Projeto pedagógico. Nutrição. Competências. Diretrizes Curriculares.

^(a) Faculdade de Nutrição da Universidade Federal de Alfenas. Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro. Alfenas, MG, Brasil. 37130-000. cristina.lopes@unifal-mg.edu.br

^(b) Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Alfenas. Alfenas, MG, Brasil. maria.martinez@unifal-mg.edu.br

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, tendo uma dimensão verdadeiramente universal quando cobre indistintamente todos os brasileiros com diferentes níveis de atenção, de baixa a alta densidade tecnológica, além de serviços de vigilância sanitária de alimentos e de medicamentos, de vigilância epidemiológica, entre outros. No campo restrito da assistência à saúde, ele é responsável exclusivo por cento e quarenta milhões de pessoas, já que 48 milhões de brasileiros recorrem ao sistema de saúde suplementar, muitos deles acessando concomitantemente o SUS em circunstâncias em que o sistema privado apresenta limites de cobertura¹.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) no SUS, garantindo o acesso universal aos serviços de saúde, é preferencialmente a primeira forma de atendimento à população². A interdisciplinaridade está prevista na PNAB e é assumida pelos profissionais, sendo percebida como ação concreta capaz de produzir mudanças no processo de trabalho³.

Na busca da integralidade da atenção, uma adequada inserção profissional do nutricionista favorece a promoção da saúde a partir da qualificação das ações de alimentação e nutrição, tendo como foco a saúde da família. Nas atividades desenvolvidas pelos nutricionistas que atuam na atenção básica há o predomínio de ações classificadas como de assistência, tratamento e cuidado e com grupos educativos, sendo caracterizadas como atividades de promoção da saúde. As ações de assistência individual e as atividades administrativas são menos frequentes, mas também previstas em sua atuação profissional⁴.

A Resolução CFN 380/2005, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece que a sua atuação na saúde coletiva envolva atividades de alimentação e nutrição realizadas em políticas e programas institucionais, de atenção básica e de vigilância sanitária⁵, prevendo o desenvolvimento de competências gerais e específicas ao longo da sua formação profissional.

De acordo com a Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) se constituem de orientações para a elaboração dos currículos que devem ser adotadas por todas as instituições de ensino superior, dentro da perspectiva de assegurar flexibilidade, diversidade e qualidade da formação oferecida aos estudantes, garantindo uma sólida formação básica e preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional⁶.

As competências gerais, conforme definidas nas DCN, se referem a um conjunto de competências que deve promover, no aluno, a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente. Para os cursos de graduação em Nutrição, a formação desse profissional inclui possibilitar, aos graduandos, o exercício das seguintes competências gerais: Atenção à Saúde, Tomada de Decisões, Comunicação, Educação Permanente, Liderança, Administração e Gerenciamento⁶.

As DCN ainda destacam que os cursos de graduação e pós-graduação, no caso específico da Nutrição, devem contemplar a formação de profissionais que atendam às necessidades sociais em alimentação e nutrição em sintonia com os princípios do SUS⁶; portanto, é importante também considerar a adequação da formação profissional à Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNAN⁷.

O termo “competência” é polissêmico e sua proposição no campo da educação é controversa. Neste trabalho, entende-se que as competências em si mesmas não são manifestações de conhecimentos, mas, sim, a sua utilização, integração e mobilização. Refletem uma capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles⁸.

Conforme Recine et al.⁹, o desafio proposto pelas novas DCN, de formar um profissional generalista, dentro de uma perspectiva mais complexa, menos “biologicista”, mais focada nas questões sociais e em sua inserção no SUS, com capacidade de leitura dos problemas locais, exige dos cursos a necessidade de incorporar, em seus projetos pedagógicos, uma série de novos conteúdos. A formação generalista transcende a atenção dietética, ampliando as competências e o espectro de atuação do nutricionista. Cresce a atuação dos nutricionistas na gestão de políticas públicas e na promoção da saúde e em diversos setores, como vigilância sanitária e fiscalização.

O Projeto Pedagógico de Curso (PPC) é um documento normativo dos cursos de graduação, com informações acerca da concepção e estrutura do curso. Pode ser entendido como um instrumento de balizamento para o “fazer universitário”, concebido coletivamente no âmbito da instituição, orientado para esta e para cada um de seus cursos. Deve oportunizar a construção da intencionalidade para o desempenho do papel social da instituição, centrando-se no ensino mas vinculando-se, estreitamente, aos processos de pesquisa e extensão. Com base na análise crítica do momento vivido, deve-se, ainda, configurar a visão pretendida, efetivando as ações, refletindo sobre elas, avaliando-as e incorporando novos desafios¹⁰.

É um grande desafio, para os cursos de graduação em Nutrição, traduzir as concepções previstas nas Diretrizes Curriculares em projetos pedagógicos, como uma linguagem oficial que norteará toda a formação. Esse desafio se amplifica quando se pensa em uma formação capaz de atender o desenvolvimento das competências necessárias para o nutricionista atuar no SUS.

Críticas têm sido formuladas em relação à formação do nutricionista, em virtude da sobrecarga de conteúdos voltados para as ciências biológicas, em detrimento de uma formação mais sólida em aspectos político-sociais. A carga horária destinada ao estudo das ciências humanas nos cursos de Nutrição apresenta um decréscimo percentual nas últimas quatro décadas, e o desvio dessas horas se dá, sobretudo, para disciplinas das áreas biológicas¹¹, induzindo uma predominância do desenvolvimento de competências voltadas para a atenção à saúde no contexto da individualidade em detrimento da coletividade.

Este estudo buscou identificar as competências gerais a partir das ementas das disciplinas do projeto pedagógico de um curso de Nutrição de uma instituição pública de ensino, como forma de aprofundar a discussão sobre a formação acadêmica do nutricionista frente ao atendimento das diretrizes e dos princípios do SUS.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa documental, que se caracteriza pelo levantamento de dados restritos a documentos, escritos ou não. Esses são classificados segundo a fonte oriunda de: 1) arquivos públicos – municipais, estaduais e federais, arquivos particulares e fontes estatísticas; e 2) documentos escritos, iconografia, fotografias, objetos, canções folclóricas, vestuário e folclore¹².

Para a realização desta pesquisa, foram utilizados como documentos: a Resolução CNE/CES nº 5 de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição (DCN); a Resolução CFN 380 de 2005, que dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições; e o Projeto Pedagógico do Curso de Nutrição da instituição de Ensino Superior da qual as autoras compõem o quadro funcional.

O Projeto Pedagógico do Curso (PPC), utilizado como objeto de análise neste estudo, se enquadra, de acordo com a classificação de Lakatos e Marconi¹³, como documento escrito, pois provém de fontes de arquivos particulares da instituição de Ensino Superior participante. Sua escolha por conveniência está relacionada ao interesse das autoras em colaborar com a reflexão sobre a adequação deste PPC ao desenvolvimento de competências voltadas para a atuação, no SUS, dos nutricionistas em formação.

O PPC utilizado foi implantado no ano de 2010 e tem uma carga horária total de 4143 horas, assim distribuídas: 3090 horas de formação acadêmica (por meio de aulas teóricas, práticas, teórico-práticas), 855 horas de estágios supervisionados, e 198 horas de atividades formativas. O tempo de integralização é de quatro anos e meio ou nove semestres; e o tempo máximo é de seis anos ou 12 semestres. Para a condução desta pesquisa, o projeto que deu origem ao estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas.

Os dados emergiram das ementas do PPC, que foram submetidas à análise de conteúdo atendendo aos pressupostos de Bardin¹⁴. Primeiramente, foram feitas várias leituras de todos os documentos analisados com a intenção de apreender suas particularidades. Na sequência, e com base nos conteúdos e terminologias encontradas na Resolução CFN 380/2005, selecionamos as disciplinas do PPC que estariam alinhadas às atribuições do nutricionista para a atuação na área de saúde coletiva.

Iniciamos, então, o processo de identificação das categorias de codificação, ou seja, palavras ou termos que tratavam da atuação do nutricionista no âmbito do SUS no ementário dessas disciplinas do PPC. Por merecerem uma análise específica em função de sua complexidade enquanto estratégia de ensino-aprendizagem, as ementas dos estágios curriculares não foram analisadas, assim como foram excluídas as disciplinas optativas.

Durante as leituras do PPC, foram identificadas as unidades de registro que se relacionavam às competências gerais descritas nas DCN, consideradas como categorias de análise, possibilitando a relação entre o ementário das disciplinas e o desenvolvimento de competências gerais, quais sejam: Atenção à Saúde, Tomada de Decisões, Comunicação, Educação Permanente, Liderança, Administração e Gerenciamento.

Resultados

A partir das leituras detalhadas de todas as ementas do PPC, selecionou-se um grupo de disciplinas cujos conteúdos descritos nas ementas se relacionavam diretamente às atividades previstas para o nutricionista na área da Saúde Coletiva; essas atividades foram divididas em grupos (Alimentação e Nutrição em políticas e programas sociais, Atenção Básica e Vigilância Sanitária), em conformidade com a Resolução CFN 380/2005. Os resultados são apresentados no Quadro 1.

Esta análise inicial resultou na identificação de 15 disciplinas cujas ementas foram submetidas a uma análise de conteúdo, com as categorias de análise predefinidas a partir das competências gerais descritas nas DCN. Os resultados são apresentados na Tabela 1, com descrição da carga horária do somatório das disciplinas atribuídas a cada competência.

Quadro 1. Relação das disciplinas identificadas como tendo articulação com o campo da Saúde Coletiva, conforme Resolução CFN 380/2005.

DISCIPLINAS	Atividades previstas para o nutricionista na área da Saúde Coletiva conforme Resolução CFN 380/2005		
	Alimentação e Nutrição em políticas e programas sociais	Atenção Básica (Assistência e Promoção à Saúde)	Vigilância Sanitária
Introdução à Epidemiologia			
Ciências Sociais			
Políticas e Práticas Saúde Coletiva			
Epidemiologia Aplicada			
Avaliação Nutricional			
Microbiologia de Alimentos			
Nutrição e Dietética I			
Nutrição e Dietética II			
Nutrição Materno-Infantil			
Patologia da Nutrição e Dietoterapia I			
Nutrição Social I			
Educação Nutricional			
Nutrição Social II			
Patologia da Nutrição e Dietoterapia II			
Nutrição Social III			

Tabela 1. Unidades de registro de conteúdo das ementas e número de disciplinas relacionadas a cada competência geral, com distribuição de carga horária.

Competências gerais	Número de Unidades de Registro	Número de disciplinas	Carga Horária Total (Teórica – T; Prática - P)
Atenção à saúde	63	13	915 horas/aula (630T/ 285P)
Tomada de decisões	12	7	390 horas/aula (240T/ 150P)
Comunicação	3	3	150 horas/aula (105T/45P)
Administração e gerenciamento	3	3	195 horas (105T/ 90P)
Liderança	Nenhum	Nenhuma	-
Educação permanente	Nenhum	Nenhuma	-

É importante destacar que uma mesma ementa de disciplina pode ter gerado registros atribuídos a categorias diferentes; porém, cada unidade de registro foi atribuída a uma única categoria. Para a identificação das unidades de registro, foi considerado cada item descrito na ementa, podendo ser uma frase inteira ou termos separados como subitens, com um sentido específico e completo.

Procurando detalhar melhor os dados encontrados, utilizou-se a mesma divisão das disciplinas utilizada no PPC para identificar a relação das competências gerais por área, conforme é apresentado no Quadro 2.

Buscando observar o desenvolvimento das competências gerais ao longo dos períodos do curso, procedeu-se a uma análise que utilizou as categorias predefinidas, a partir das unidades de registro identificadas nas ementas, que foram relacionadas a cada período do curso de acordo com as disciplinas selecionadas. Esta análise é apresentada no Gráfico 1.

Quadro 2. Disciplinas identificadas por registros de conteúdos nas ementas, com distribuição em grupos por áreas, conforme PPC analisado.

Competências gerais	Ciências Sociais, Humanas e Econômicas	Ciências da Alimentação e Nutrição	Ciências dos Alimentos
Atenção à Saúde	Introdução à Epidemiologia Ciências Sociais Políticas e Práticas de Saúde Coletiva	Avaliação Nutricional Nutrição e Dietética I Nutrição e Dietética II Nutrição Materno-Infantil Patologia Nutr. Dietoterapia I Nutrição Social I Educação Nutricional Nutrição Social II Patologia Nutr. Dietoterapia II	Microbiologia de Alimentos
Tomada de decisões	Introdução à Epidemiologia	Nutrição e Dietética II Nutrição Social I Educação Nutricional Nutrição Social II Nutrição Social III	Microbiologia de Alimentos
Comunicação	Introdução à Epidemiologia Ciências Sociais	Educação Nutricional	
Administração e Gerenciamento	Epidemiologia Aplicada	Nutrição Materno-Infantil Nutrição Social III	
Liderança	-	-	
Educação Permanente	-	-	-

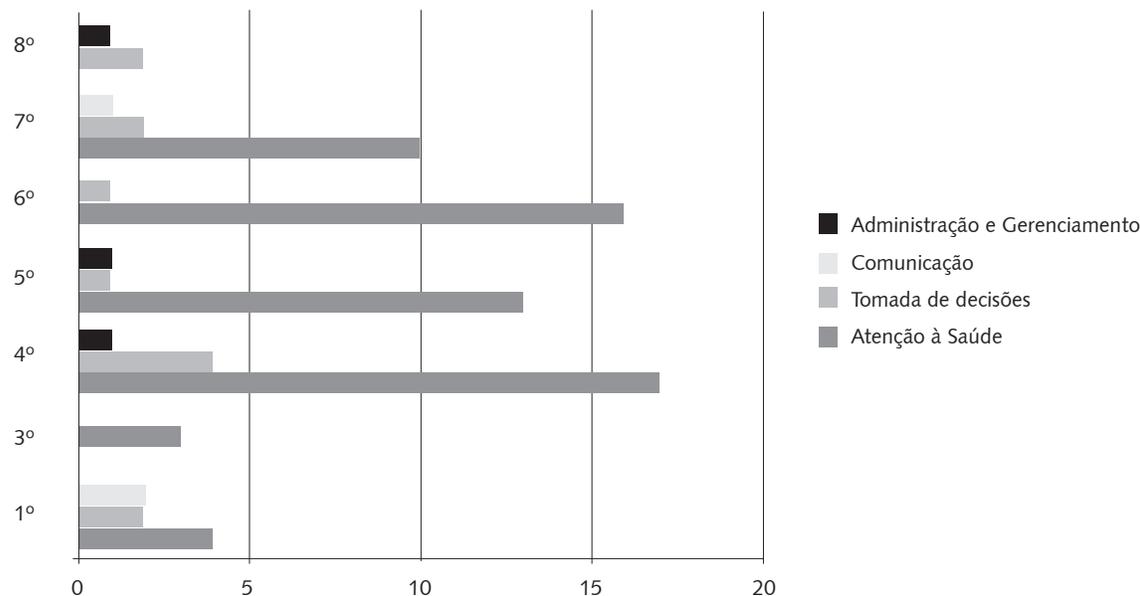


Gráfico 1. Distribuição do número de registros por períodos do curso, de acordo com as competências identificadas

Os dados apresentados permitem visualizar, a cada período, quais competências estão previstas para serem desenvolvidas pelos estudantes do curso a partir das ementas das disciplinas selecionadas. Vale ressaltar que os estágios curriculares, realizados no 9º período do curso, não foram objeto de análise neste estudo.

Discussão

A análise do PPC estudado permitiu observar pouca articulação entre as DCN e a Resolução CFN380/2005, quando se relacionaram as competências gerais dos profissionais de saúde com as atribuições do nutricionista no campo da Saúde Coletiva. Ainda assim, foi possível estabelecer alguns parâmetros que permitiram definir um grupo de disciplinas e analisá-las a partir da utilização das competências gerais como categorias. Este grupo correspondeu a 1020 horas totais, ou seja, 32,5% das 3135 horas/aula do PPC analisado, considerando apenas a carga horária das disciplinas (sem os estágios curriculares e as atividades formativas).

Este resultado está próximo daquele encontrado no estudo de Recine et al.⁹, que foi realizado mediante envio de questionários a todas as instituições do país, públicas e privadas, que ofertavam cursos de Nutrição, visando caracterizar a formação em saúde pública nos cursos de graduação em Nutrição no Brasil. Dentre os resultados, foi observado um percentual de horas/aula destinado às disciplinas de Saúde Pública (considerando apenas as obrigatórias), entre 12 e 44,5%; a maioria dos cursos, 72,2%, destinou, no máximo, 30% da carga horária total para as disciplinas consideradas da área de Nutrição e Saúde Pública.

Entre os principais achados deste estudo, podemos destacar algumas lacunas importantes no PPC percebidas por meio da análise das ementas, quando se estabelecem as competências como parâmetro de análise. Das competências gerais, conforme as DCNs, "Liderança" e "Educação Permanente"

não foram contempladas nos conteúdos de nenhuma das ementas das disciplinas selecionadas. Em se tratando especificamente da “Educação Permanente”, a mesma se refere, conforme as DCN, à capacidade de aprender continuamente, tanto na sua formação quanto na sua prática, o que implica um compromisso com a sua própria educação⁶. Também é característica do SUS a articulação com a educação permanente, havendo, para isto, uma política específica¹⁵.

No caso da Saúde Coletiva, considerando especificamente as duas competências acima citadas, torna-se necessário ressaltar que, pelos princípios e diretrizes do SUS, o trabalho em equipe é fundamental para a atuação dos profissionais no atual modelo de atenção à saúde, o que envolve o desenvolvimento de algumas competências, entre elas, a “Liderança”. No contexto do trabalho em equipe multiprofissional, tendo em vista o bem-estar da comunidade e considerando a “Liderança” entre as competências gerais para o nutricionista, não se observa a sua materialização na atuação profissional, e não se discute uma perspectiva de liderança nos dispositivos legais que regulam a profissão⁵, ou em documentos que orientam para ações específicas de alimentação e nutrição na atenção básica^{16,17}. Esse desencontro entre as DCN e os demais documentos que inspiram a formação do profissional de Nutrição se reflete no PPC analisado, que, de acordo com os dados apresentados, não destina esforços para desenvolver competências de liderança no aluno dentro do campo da Saúde Coletiva.

Como a análise ficou restrita às disciplinas que se articulavam com as atribuições do nutricionista no campo da Saúde Coletiva, em conformidade com a resolução CFN 380/2005, nossa análise não permite afirmar a não-existência de conteúdos nas ementas das demais disciplinas que tratem dessas duas competências no PPC. Considerando, porém, que algumas dessas disciplinas estão associadas às outras áreas de atuação do profissional como, por exemplo, a Educação Nutricional, é possível que as mesmas lacunas observadas no PPC em relação à área de Saúde Coletiva possam estar presentes na formação referente às outras áreas de atuação.

Outra lacuna que merece destaque é a ausência de conteúdos da disciplina de Ética Profissional articulados com o campo da Saúde Coletiva, o que fica demonstrado pela não-inclusão desta disciplina no grupo selecionado. Considerando a atual política de saúde, com incorporação de temas transversais como a humanização do cuidado, a formação do nutricionista deveria envolver tanto o conhecimento do arcabouço teórico do SUS quanto as demandas atuais do sistema de saúde, com valorização dos postulados éticos e de cidadania.

Outra competência analisada a ser ressaltada é a “Comunicação” que, enquanto registro de conteúdo nas ementas, aparece em apenas três disciplinas, sendo duas do primeiro ano do curso, com pouca carga horária prática, e na disciplina de Educação Nutricional, do 7º período. Se considerarmos que esta competência possa ser articulada à Educação Nutricional, e sendo esta de grande importância na constituição do nutricionista como profissional de saúde, permeando todos os campos de atuação, a “Comunicação” como competência deveria ser mais enfatizada e estar presente em toda a formação. Conforme Boog¹¹, as novas competências exigem do nutricionista uma formação para a atuação como educador em saúde, o que leva à necessidade de um redirecionamento dos cursos, pois o caráter muito biológico da formação ainda constitui o denominador comum. A formação como educador não se dá em apenas uma disciplina, mas é uma responsabilidade do curso e de todos os seus docentes.

Quando se analisam as disciplinas em grupos por área, como previsto nas DCN e no PPC, é importante citar o estudo de Bosi e Prado¹⁸, que discutem a constituição e o reconhecimento de, pelo menos, três principais núcleos de práticas para o profissional de Nutrição: (1) “Nutrição Clínica”, “Dietoterapia” ou “Terapia Nutricional”; (2) “Administração de Serviços de Alimentação, Produção de Refeições ou Alimentação de Coletividades”; (3) “Nutrição em Saúde Pública”, “Nutrição Social (e Aplicada)” ou “Nutrição em Saúde Coletiva”. Segundo as autoras, neste último grupo, estariam os núcleos constitutivos da Saúde Coletiva.

No estudo realizado, observamos a divisão das disciplinas em grupos por área, conforme proposto nas DCN, mas com uma distribuição de conteúdos ainda não totalmente articulada com o campo de prática profissional. Quando se analisa o PPC, é possível verificar certos conflitos na alocação de algumas disciplinas em grupos diferenciados por área, como o fato de a Epidemiologia estar no grupo das Ciências Humanas, Sociais e Econômicas, e as disciplinas de Nutrição Social no mesmo

grupo das disciplinas da Nutrição Clínica. Esta divisão pode levar à compreensão da existência de um percentual satisfatório de conteúdos em um determinado grupo, como, por exemplo, o grupo das Ciências Humanas e Sociais; porém, na verdade, este grupo agrega conteúdos que estariam mais bem posicionados em outros grupos de disciplinas, como é o caso da Epidemiologia. Chama a atenção, também, o fato de haver poucos conteúdos relacionados à competência “Administração e Gerenciamento” e, quando identificados, parte deles estar no grupo das Ciências Sociais e Humanas, onde foram acopladas as Ciências Econômicas. Portanto, a divisão das disciplinas em grupos por área carece de maior reflexão, tendo em vista a delimitação dos campos de prática profissional.

Em se tratando da carga horária das disciplinas selecionadas, observamos que, do total de carga horária do PPC, aproximadamente 33% da carga horária contém um ou mais conteúdos relacionados às competências gerais. Embora esta análise não distinga o número de horas/aula destinado a cada conteúdo, de um modo generalizado permite observar que as competências estão representadas em boa parte das ementas. Destas, a mais contemplada foi a “Atenção à Saúde”, para a qual foram considerados todos os conteúdos que envolvem conhecimentos e habilidades necessárias à atuação do nutricionista tanto na atenção individual quanto coletiva. Esta competência foi, também, a mais bem distribuída entre os períodos. A segunda competência mais contemplada foi a “Tomada de Decisão”, onde se considerou a aplicação do conhecimento em área de atuação específica do nutricionista; esta competência mostrou-se mais bem contemplada entre os conteúdos das ementas das disciplinas do quarto período, e não nos últimos, como seria esperado.

Considerações podem ser feitas quanto à definição dos conteúdos em relação às categorias de análise, considerando as duas competências acima citadas. A amplitude dos termos utilizados nas DCN para se referir às duas competências gerais citadas tornou difícil, muitas vezes, a alocação dos conteúdos, resultando em uma análise que poderá ser confrontada, futuramente, com novos estudos e em diferentes perspectivas. Tal dificuldade reflete alguns debates já feitos por autores que discutiram as competências para o nutricionista a partir das definições empregadas nas DCN, como o importante estudo de Soares e Aguiar¹⁹.

Sobre a adequação de projetos pedagógicos às DCN, estudo realizado em uma instituição de ensino do Distrito Federal, analisando o projeto pedagógico do curso de Nutrição e as ementas disciplinares, demonstrou a presença de conteúdos específicos preconizados pelas DCN durante todo o curso, assim como o perfil e as competências esperadas para os egressos; porém, a matriz curricular mostrou-se frágil em outros aspectos, como o desenvolvimento de atividades interdisciplinares e práticas nos semestres iniciais, e na articulação com programas e políticas públicas²⁰.

No Brasil, ainda há pouca literatura produzida a respeito do desenvolvimento das habilidades e competências aqui descritas. Recentemente, foi desenvolvido o Consenso “Habilidades e Competências do Nutricionista em Saúde Coletiva”, sendo fruto de um estudo do Observatório de Políticas de Alimentação e Nutrição (OPSAN) da Universidade Federal de Brasília, com participação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição do Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde. Este documento deixa clara a existência de diversas lacunas na formação do nutricionista e mostra a necessidade de revisão do processo de ensino-aprendizagem, além de alertar para a importância da ampliação urgente dos campos de prática²¹.

O documento acima citado estabelece várias prioridades necessárias para o aprimoramento da formação profissional. Entre estas, destacamos: desenvolver habilidades, atitudes e conhecimento de nutrição dos indivíduos e comunidades; desenvolver estratégias de educação continuada em alimentação e nutrição a profissionais de outras áreas, como educação, desenvolvimento social, Segurança Alimentar e Nutricional, entre outros; desenvolver estratégias de educação continuada em alimentação e nutrição aos profissionais de saúde; participar de processos de desenvolvimento de lideranças e organizações locais envolvidas na agenda, programas e ações de alimentação e nutrição²¹.

O nosso estudo procurou levantar alguns aspectos específicos sobre a formação do nutricionista, destacando a atuação na área da Saúde Coletiva, utilizando como foco a análise de um PPC em relação às DCN. Os resultados encontrados permitiram ampliar algumas discussões atuais sobre a formação do nutricionista frente às áreas de atuação profissional, confirmando a percepção de lacunas existentes, bem como de algumas ambiguidades, o que aponta para a necessidade de revisão dos projetos pedagógicos frente às demandas da formação profissional. Também foi possível refletir sobre alguns parâmetros utilizados na definição das competências do nutricionista em conformidade com as DCN, o que permite suscitar novas discussões sobre a utilização das mesmas como instrumento de orientação para a formação acadêmica do nutricionista.

É importante também considerar que as competências gerais aqui estudadas foram definidas em função de objetivos educacionais que permeiam a formação dos profissionais de saúde no país, de acordo com o modelo de saúde implantado, não se referindo, especificamente, à atuação do nutricionista. Cabe, portanto, às instituições de Ensino Superior refletirem sobre esta formação, considerando as características do atual sistema de saúde, que prevê, entre outros aspectos, o trabalho em equipe multiprofissional.

Limitações do estudo

O estudo foi feito considerando as ementas das disciplinas conforme registro no PPC, por se tratar de um estudo documental. Portanto, os planos de ensino não foram analisados, o que poderia modificar, profundamente, a análise procedida. Também não foram consideradas as estratégias pedagógicas utilizadas pelos docentes, por estas não terem sido objeto de estudo.

Porém, vale ressaltar que este estudo permitiu uma análise do documento que serve de base para a construção dos planos de ensino, no caso o PPC. Embora possamos considerar que um plano de ensino permite ampliar os conteúdos de uma determinada disciplina, a partir tanto das estratégias pedagógicas quanto dos demais recursos empregados, espera-se que as ementas tragam, resumidamente, todos os conteúdos que, prioritariamente, devam nortear a construção do processo ensino-aprendizagem. Portanto, o estudo, a partir das ementas, permite identificar elementos prioritários para o ensino de uma dada disciplina.

Como já abordado, houve dificuldade em se identificar registros que caracterizassem algumas competências, como a "Atenção à Saúde" e a "Tomada de Decisões", devido à complementariedade das ações associadas às duas competências. Assim, foram discriminadas da seguinte forma: para a competência "Atenção à Saúde", foram considerados todos os conteúdos que envolvem conhecimentos e habilidades necessárias à atuação do nutricionista tanto na atenção individual quanto coletiva; para a "Tomada de Decisão", considerou-se a aplicação do conhecimento em área de atuação específica do nutricionista. Ainda assim, as pesquisadoras consideram a existência de fragilidades nesta classificação, o que denota um caráter ambíguo na definição dessas competências para o nutricionista.

Ao se considerar a carga horária, é importante ressaltar que cada disciplina traz determinados conteúdos a serem ministrados ao longo do semestre, não sendo possível identificar quantas horas/aulas estão sendo empregadas para o desenvolvimento de cada competência aqui relatada.

O estágio curricular não foi analisado em função de suas características próprias, considerando, também, que o local de realização do estágio pode possibilitar ou não o desenvolvimento de determinadas competências ou habilidades.

Por fim, o estudo não pretende esgotar o tema da análise da formação do nutricionista frente ao desenvolvimento de competências que permitam a sua atuação profissional na área da Saúde Coletiva, mas pretende contribuir para a reflexão sobre esta questão, dando ênfase a uma formação profissional que atenda às necessidades do SUS, com vistas à integralidade da atenção.

Colaboradores

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

Referências

1. Mendes EV. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud Av.* 2013; 27(78):27-34.
2. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [acesso 2013 Mar 14]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf
3. Scherer MDA, Pires DEP, Jean R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(11):3203-12.
4. Cervato-Mancuso AM, Tonacio LV, Silva ER, Vieira VL. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. *Cienc Saude Colet.* 2012; 17(12):3289-300.
5. Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN 380/2005, de 28 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a definição das áreas de atuação do nutricionista e suas atribuições, estabelece parâmetros numéricos de referência, por área de atuação, e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 28 Dez 2005.
6. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 5/2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Nutrição. *Diário Oficial da União.* 9 nov. 2001. Seção 1:39.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2a ed. Brasília (DF): MS; 2012. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
8. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed ; 1999.
9. Recine E, Gomes RCF, Fagundes AA, Pinheiro ARO, Teixeira BA, Souza JS, et al. A formação em saúde pública nos cursos de graduação de nutrição no Brasil. *Rev Nutr.* 2012; 25 (1):21-33.
10. Geraldi CMG. Do pessimismo da razão para o otimismo da vontade: referências para a construção dos projetos pedagógicos nas IES brasileiras. In: Fórum de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras; 1999; Curitiba; Brasil [Internet]. Curitiba; 1999 [acesso 2014 Nov 10]. Disponível em: <http://www.forgrad.com.br/antigo/publicacoes.php>
11. Boog MCF. Atuação do nutricionista em saúde pública na promoção da alimentação saudável. *Cienc Saude (Porto Alegre).* 2008; 1(1):33-42.
12. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 7a ed. São Paulo: Atlas; 2010.
13. Lakatos EM, Marconi M A. Metodologia científica. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2006.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
15. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): MS; 2009. (Série B, Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006, 9).
16. Conselho Federal de Nutricionistas. Sistema Conselhos Federal e Regionais de Nutricionistas. O Papel do Nutricionista na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília (DF); 16 de outubro de 2008 [acesso 2014 Set 10]. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/repositorio/cartilhas/61.pdf>.

17. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Matriz de ações de alimentação e nutrição na atenção básica de saúde. Brasília (DF): MS, 2009. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
18. Bosi MLM, Prado SD. Alimentação e Nutrição em Saúde Coletiva: constituição, contornos e estatuto científico. Cienc Saude Colet. 2011; 16(1):7-17.
19. Soares NT, Aguiar AC. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos de nutrição: avanços, lacunas, ambiguidades e perspectivas. Rev Nutr. 2010; 23(5):895-905.
20. Brito JP. Adequação da matriz curricular da graduação em nutrição às diretrizes curriculares nacionais em uma instituição de ensino superior do Distrito Federal [monografia]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2010.
21. Recine E, Mortoza AS. Consenso sobre habilidades e competências do nutricionista no âmbito da saúde coletiva. Brasília (DF): Observatório de Políticas de Segurança e Nutrição; 2013.

Alves CGL, Martinez MR. Lagunas entre la formación del nutricionista y el perfil de competencias para actuación en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Interface (Botucatu). 2016; 20(56):159-69.

La actuación del nutricionista en el Sistema Brasileño de Salud (SUS) envuelve actividades de alimentación y nutrición en políticas y programas institucionales, de atención básica y vigilancia sanitaria, con la previsión de desarrollar competencias generales y específicas en la formación académica, conforme las Directrices Curriculares Nacionales (DCN). Partiéndose del análisis de un Proyecto Pedagógico de Curso (PPC), se reflexionó sobre la formación del nutricionista y su alineamiento con las directrices que rigen la profesión y su actuación en el SUS. Se seleccionaron y sometieron al análisis de contenido que reveló lagunas relacionadas con la presencia o no de determinados contenidos en las enmiendas, 15 asignaturas del campo de la Salud Colectiva. El PPC no identificó las competencias "liderazgo" y "educación permanente", aunque ellas son necesarias para la formación del nutricionista. En conclusión, los elementos presentados podrán regir los currículos de Nutrición enfocados en una formación para la actuación en el SUS.

Palabras clave: Proyecto pedagógico. Nutrición. Competencias. Directrices curriculares.

Recebido em 27/01/15. Aprovado em 15/07/15.

Instrumento de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo: uma construção teórico-conceitual

Rosângela Minardi Mitre Cotta^(a)
Glauce Dias da Costa^(b)

Cotta RMM, Costa GD. Assessment instruments and self-evaluation of reflective portfolios: a theoretical-conceptual construction. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):171-83.

Reflective portfolios form part of the context of assessment of learning that is guided by feedback and interaction. There is a consensus in the literature and among specialists and students that the portfolio assessment process is weak. This study aimed to present and analyze an instrument for assessment and self-assessment of the skills to be used in reflective portfolios. The theoretical-conceptual construction was based on the authors' nine years of experience of using reflective portfolios and on discussion of the literature. This led to a design that was tested and constructed collectively between teachers and students. The skills delineated in the instrument were communication and management of information, systems, people and groups, and were constructed focusing on university education that integrates academic and professional activities. Since the assessment process is consensual, it ensures commitment, accountability and transparency. These are produced through identifying and recognizing the instrument as legitimate.

Keywords: Reflective portfolio. Active methods. Evaluation.

O portfólio reflexivo inscreve-se no contexto de uma avaliação formativa pautada no feedback e na interação. A fragilidade no processo de avaliação dos portfólios é consenso na literatura e entre especialistas e estudantes. Este estudo objetivou apresentar e analisar o Instrumento de avaliação e autoavaliação das competências a serem trabalhadas no portfólio reflexivo (IAVCP). A construção teórico-conceitual baseou-se na experiência de nove anos de uso dos autores e na discussão da literatura, resultando em um desenho testado e construído coletivamente entre docentes e estudantes. As competências delineadas no IAVCP – de comunicação, gestão da informação, sistêmicas, pessoais e de grupo – foram construídas com enfoque na educação universitária que integra atividades acadêmicas e profissionais. O processo de avaliação, por ser consensuado, propiciou o compromisso, a corresponsabilização e a transparência, produzidos pela identificação e pelo reconhecimento do instrumento como legítimo.

Palavras-chave: Portfólio reflexivo. Métodos ativos. Avaliação.

^(a,b) Departamento de Nutrição e Saúde, Universidade Federal de Viçosa. Avenida Peter Henry Rolfs, s/n, campus universitário. Viçosa, MG, Brasil. 36570-900. rmmitre@ufv.br; glauce.costa@ufv.br

Introdução

O contexto atual de educação universitária coloca em cheque os tradicionais paradigmas de ensino, aprendizagem e avaliação lineares e verticalizados, apostando em uma nova abordagem de formação holística que incrementa uma educação dialógica entre docentes-estudantes e estudantes-estudantes¹⁻³.

Entre as diferentes metodologias ativas de formação universitária, destaca-se o portfólio reflexivo como método inovador “capaz de levar o aluno a colecionar suas opiniões, dúvidas, dificuldades, reações aos conteúdos, aos textos estudados e às técnicas de ensino, sentimentos e situações vividas nas relações interpessoais, oferecendo subsídios para a avaliação do estudante, do educador, dos conteúdos e das metodologias de ensino e aprendizagem. Em educação, o portfólio apresenta várias possibilidades, tendo como principal fator de aprendizagem a construção pelo próprio estudante, ou grupo de estudantes. Pouco a pouco, ao longo do semestre letivo, o estudante vai organizando suas produções, as quais evidenciam o seu processo de construção do saber”¹ (p. 416).

Nessa perspectiva, o portfólio reflexivo inscreve-se no contexto de formação por competências e de avaliação formativa, cuja aprendizagem se pauta no *feedback* constante entre professor-estudante e estudante-estudante. Os resultados devem centrar-se no processo de construção do conhecimento de forma dialógica e criativa, transcendendo o formato cristalizado, pontual e classificatório utilizado nas avaliações tradicionais. Para Lizarraga⁴ e Cano⁵, a formação por competência – enfoque que contempla as aprendizagens necessárias para que o estudante atue de forma ativa, responsável e criativa na construção de seu projeto de vida, pessoal, social e profissional – deve ser concebida como visão holística e integradora. Deve-se ter em vista superar a fragmentação disciplinar e apostar no desenvolvimento de um conhecimento que vai além da aprendizagem meramente instrumental, incorporando a compreensão, a reflexão e a crítica como dimensões a ela inerentes. Assim, a avaliação por competência é essencialmente formativa, o que exige mudança radical do paradigma avaliativo, passando de uma avaliação da aprendizagem para uma avaliação para a aprendizagem.

É função da universidade, portanto, desenvolver, nos jovens, as competências: cognitivas, metacognitivas, sociais, emocionais, afetivas, tecnológicas e instrumentais, dada a necessidade de que essas competências se convertam no objeto prioritário do sistema educativo. Segundo Cotta et al.^{2,3}, o exercício de competências proporcionado pelo portfólio reflexivo estimula: a autonomia, o espírito crítico, reflexivo, criativo e cidadão dos sujeitos em formação. Entretanto, ao mesmo tempo que a evidência científica ressalta o potencial do portfólio como método didático reestruturador do processo de ensino e aprendizagem, essa mesma literatura aponta para a fragilidade do processo de avaliação dos estudantes e dos portfólios, evidenciando a necessidade de que se criem instrumentos de avaliação e autoavaliação confiáveis, transparentes e consensuados¹⁻¹².

Nessa direção, visando superar a fragilidade do processo de avaliação do portfólio como método no cotidiano dos ambientes universitários, foi objetivo deste ensaio apresentar e analisar o instrumento de avaliação pelos docentes, e autoavaliação pelos estudantes, das competências a serem trabalhadas no processo de construção do portfólio reflexivo, criado a partir da ampla experiência dos autores, de nove anos de trabalho, com portfólios reflexivos em diferentes contextos, e da discussão com a literatura científica, depois de ter sido testado, avaliado e transformado na práxis, de forma consensuada, dialógica e crítica, pelos docentes e estudantes de graduação e pós-graduação, em diferentes períodos de tempo.

Métodos

O referencial teórico-conceitual e a práxis que subsidiou a construção do Instrumento de Avaliação do Portfólio

A construção teórico-conceitual do *Instrumento de avaliação e autoavaliação das competências a serem trabalhadas no portfólio reflexivo* (IAVCP) foi baseada na experiência das autoras, tanto na

construção (como educandos que passaram pelo processo de construção de portfólios acadêmicos e profissionais, experiência/vivência esta imprescindível para a aquisição de competências docentes para o uso desse método) quanto na orientação de elaboração de portfólios (como docentes e facilitadores em cursos de formação universitária em níveis de graduação e pós-graduação) e na discussão com a literatura científica da área.

Destacam-se os estudos desenvolvidos por Driessen¹¹, Tartwijk e Driessen⁷, Lizarraga⁴, Cano⁵ e Cotta et al.¹⁻³, que sistematizaram: as competências cognitivas e metacognitivas a serem exercitadas no portfólio, os critérios de uma boa prática de avaliação por competências, e a aplicabilidade dessas dimensões na prática cotidiana de construção de portfólios no âmbito universitário.

As competências exercitadas e avaliadas pelo IAVCP:

Na atualidade, como nunca na história, se necessitam indivíduos reflexivos que compreendam a informação, a avaliem e atuem sobre ela; mas também, indivíduos que gerem muitas ideias, variadas e originais, que evitem os erros cometidos no passado, que atenuem nas grandes desigualdades educativas e econômicas existentes, e que, em definitivo, criem um entorno social caracterizado pelo bem estar, a justiça e a equidade: uma meta atrativa e ambiciosa que os estudantes em formação devem levar a cabo.⁴ (p. 9)

Nessa linha, neste estudo, os portfólios reflexivos, construídos a partir de uma abordagem holística no contexto da aprendizagem significativa e do diálogo entre professor-estudante e estudante-estudante, basearam-se nas proposições do informe da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), delineadas em quatro linhas fundamentais, conforme descrito a seguir^{1,3,8,10,13}:

► **Aprender a APRENDER** – Aceitar novos desafios e comprometer-se com o processo de aprendizagem, com a (re)forma universitária e curricular, e com a implementação, (re)construção das políticas sociais.

► **Aprender a SER** – Atuar com autonomia, juízo, responsabilidade pessoal, ou seja, dotar-se como Ser humano de liberdade (pensamento, sentimentos, imaginação, criatividade...), ser artífice de seu destino, de sua própria história (empoderamento); estimular o espírito crítico e permitir o decifrar da realidade, adquirindo importante autonomia de juízo com responsabilização na construção do conhecimento, “ganhos” e, ou, “perdas” acadêmicas.

► **Aprender a CONHECER** – Buscar e assimilar conhecimentos científicos e culturais gerais e específicos, que se completarão e atualizarão ao longo de toda a vida.

► **Aprender a FAZER** – Adquirir procedimentos que ajudem a afrontar as dificuldades que se apresentem na vida e na profissão.

► **Aprender a CONVIVER e a TRABALHAR JUNTOS** – Compreender melhor os demais, o mundo e suas inter-relações. Possibilidade de exercitar, no trabalho em equipe, a alteridade, compaixão, resiliência e outras “humanidades”, dimensões tão importantes nos dias atuais, no trabalho e como estudante e cidadão; além da sensibilização do olhar e da qualificação da escuta, bem como da valorização da autoestima.

Nesse contexto, tanto o professor quanto o estudante ocupam papel central no desenvolvimento das competências necessárias ao exercício da cidadania e da prática profissional. Ao estudante, cabe comprometer-se com responsabilidade e autonomia em seu processo de aprendizagem, visando capacitar-se em uma variedade de capacidades e domínios técnicos, científicos, artísticos e humanos; e ao professor, planejar, guiar, orientar, facilitar e provocar o processo de aprendizagem utilizando métodos docentes e tecnológicos de informação e comunicação (TIC), que auxiliem os futuros profissionais a alcançarem uma formação integral e holística. Assim, pensando nas demandas da sociedade atual por profissionais que saibam compreender a informação, avaliar, criar, tomar decisões e solucionar problemas, o que se pretende, ao final, é formar pessoas que pensem por si próprias e se mostrem empreendedoras, modificadoras e reguladoras de suas próprias atuações, de maneira consciente, continuada e rápida⁴.

As competências delineadas no IAVCP foram construídas desde um enfoque da educação universitária que supera a soma de conhecimentos disciplinares e fragmentados, investindo em visão ampla que integre o acadêmico e o profissional, o conhecimento, as habilidades e atitudes e as diversas inteligências, tendo como meta a formação de um Ser humano, integrado e integral que reflete, analisa e decide⁵. Desde essa perspectiva, os estudantes são considerados agentes. Na concepção de Sen¹⁴ (p. 33), agente é “alguém que age e ocasiona mudanças e cujas realizações podem ser julgadas de acordo com seus próprios valores e objetivos, independentemente de as avaliarmos ou não segundo algum critério externo”.

O processo de construção dos portfólios enquanto instrumento potencializador do desenvolvimento de competências pelos estudantes foi intencionalmente instigado por suas divisões didáticas: *construção individual e coletiva do conceito de portfólio e identificação dos principais elementos que os caracterizam como reflexivo (pré e pós-construção do portfólio); Minha trajetória (registro das memórias – por meio da resposta às perguntas: Quem sou eu? De onde eu vim? Para onde eu vou?); Aprendendo com o grupo (atividades construídas coletivamente em momentos presenciais e a distância) e Espaço de criatividade (lugar de estímulo ao exercício da inventividade). O estudante é motivado a buscar, selecionar, analisar, fazer conexões, fazer descobertas e inovar. O objetivo essencial é incentivar os educandos a interpretar a informação (pensamento compreensivo), avaliar a informação (pensamento crítico) e gerar informação (pensamento criativo)^{1,3,4}.*

O Instrumento de Avaliação e Autoavaliação das Competências a serem trabalhadas no Portfólio Reflexivo (IAVCP)

O desenho do Instrumento

A construção do IAVCP apresentado no Quadro 1 seguiu os critérios para uma boa prática de avaliação por competências proposta por Cano⁵, conforme se descreve a seguir:

1. *Desenho consensuado*: requer trabalho coletivo entre os agentes importantes do processo (docentes e estudantes), levando-se em consideração as competências descritas nas normas e diretrizes legais, sendo estas debatidas, reformuladas e ampliadas.

2. *Articulação colegiada e conexão entre os objetivos mais amplos e a disciplina e, ou, módulo acadêmico*: a articulação deve se dar no espaço acadêmico e com os agentes externos à universidade (serviços de saúde; comunidades; entidades profissionais etc.).

3. *Integração e aplicação da aprendizagem*: a competência demonstra-se na prática ao resolver e, ou, entender e argumentar, de forma eficaz, determinado problema em um contexto específico. Este exercício tem por objetivo capacitar o estudante para analisar determinada situação, estimando que tipo de saberes tem de aplicar, o que requer a reflexão sobre a prática, exercitando constantemente o adaptar-se ao mundo social e do trabalho, sempre em constante mudança.

4. *Coerência e adequação ao desenho de formação*: enlaçar de forma substantiva os conteúdos da disciplina, ou módulo acadêmico; recorrer a evidências da forma como os estudantes progredem na aquisição dos objetivos e metas traçadas, de forma coerente com a metodologia escolhida.

5. *Avaliação diagnóstica ou inicial*: o ponto de partida é o perfil do egresso que se deseja formar. A competência tem caráter evolutivo daquilo que se vai alcançando, é algo que está em constante evolução. A partir do diagnóstico inicial, podem-se estabelecer caminhos para a progressão.

6. *Avaliação formativa*: as competências devem estar sempre em constante progressão e crescimento, o que interessa é a capacidade de aprender a aprender e os processos de autorregulação para a melhoria contínua ao longo de toda a vida. Nesse contexto, ressalta-se a importância dos mecanismos de feedback – coletivos, individuais, escritos, orais etc. – e de *autorregulação* dos processos de aprendizagens.

7. *Avaliação que registre o processo de progressão de forma continuada e longitudinal*: proporcionar, tanto para o professor quanto para o estudante, a compreensão da evolução das aprendizagens e das competências, apontando os caminhos e estratégias para superação dos desafios e obstáculos.

8. *Avaliação multiagente*: no contexto da avaliação formativa, devem-se articular processos avaliativos, cujos agentes avaliadores são os docentes e os próprios estudantes (autoavaliação), sobre os trabalhos de seus colegas (coavaliação, ou avaliação por pares), a partir de critérios pactuados e coerentes com as competências que se deseja desenvolver.

9. *Avaliação que gera aprendizagem*: a avaliação por competências deve superar as provas tipo aprendizagem reprodutiva, de memorização, pouco compreensiva, superficial, investindo em avaliações de execução que gerem aprendizagens mais profundas, funcionais, interessantes e significativas; ou seja, um tipo de avaliação para a tomada de consciência, a capacidade de decisão e a autonomia. Este tipo de avaliação deve ter elementos de regulação e *feedback*.

10. *Avaliação que gera satisfação*: ao se vincularem às atividades práticas conectadas à realidade social e, ou, de trabalho, os estudantes obtêm maior satisfação com o processo de trabalho e com a avaliação, se esta também é realizada de forma coerente e transparente. Desenhar propostas avaliativas significativas e motivadoras gera mais satisfação.

Quadro 1. Instrumento de Avaliação e Auto Avaliação das Competências a serem trabalhadas na construção do Portfólio Reflexivo

Docente: _____												
Nome do Estudante/ Grupo: _____												
Turma: _____ () 1ª Avaliação Data: _____ () 2ª Avaliação Data: _____												
() 3ª Avaliação Data: _____ () 4ª Avaliação Data: _____												
COMPETÊNCIAS (conhecimentos, habilidades e atitudes)		AUTO AVALIAÇÃO				AVALIAÇÃO PELO DOCENTE						
1	<u>Comunicação</u>	NM	PA	PN	D	Justificativa (Destaque os pontos essenciais do <i>progresso alcançado</i> ou <i>fragilidades a serem superadas</i>)	NM	PA	PN	D	Justificativa (Destaque os pontos essenciais do <i>progresso alcançado</i> ou <i>fragilidades a serem superadas</i>)	
1.1	<i>Escrita (estrutura, organiza e transmite as ideias, de forma clara e correta; domina a linguagem compreensiva - escutar e ler - e produtiva – falar e escrever).</i>											
1.2	<i>Análítica (maneja as diversas informações, decide sobre os dados a apresentar e apresenta-os de forma crítica e reflexiva).</i>											
1.3	<i>De analisar e sistematizar (questiona as ideias, busca, compara e avalia os diferentes pontos de vista, argumenta e apresenta os resultados de forma coerente e clara).</i>											

continua

Quadro 1. continuação

COMPETÊNCIAS (conhecimentos, habilidades e atitudes)		AUTO AVALIAÇÃO				AVALIAÇÃO PELO DOCENTE					
2	<u>Gestão da Informação</u>	NM	PA	PN	D	Justificativa (Destaque os pontos essenciais do <i>progresso alcançado</i> ou <i>fragilidades a serem superadas</i>)	NM	PA	PN	D	Justificativa (Destaque os pontos essenciais do <i>progresso alcançado</i> ou <i>fragilidades a serem superadas</i>)
2.1	<i>Busca/Pesquisa – (busca o conhecimento em diferentes âmbitos de estudo e/ou fontes – científico; imprensa local, nacional, internacional; artístico...).</i>										
2.2	<i>Seleciona e avalia a informação proveniente de diferentes fontes (identifica os tipos de dados e fontes apropriados para o tema e decide como utilizá-lo para extrair a informação de forma adequada aos objetivos).</i>										
2.3	<i>Analisa, critica e reflete (analisa um problema, formula suas próprias hipóteses, extrai inferências e chega a conclusões coerentes a partir das compreensões conceituais e teóricas; identifica os pressupostos/referenciais/correntes de pensamentos que embasa o texto (argumento do autor)).</i>										
3	<u>Sistêmicas</u>										
3.1	<i>Aplica os conteúdos trabalhados na disciplina (aprender a aprender).</i>										
3.2	<i>Gera e produz ideias (produz e contribui com ideias relevantes, variadas e originais surgidas de experiências relacionadas aos conteúdos da disciplina/módulo acadêmico e estudos/leituras realizadas).</i>										
3.3	<i>Trabalha de forma criativa (inova utilizando diferentes formas de comunicação - escrita, filmes, fotos, músicas, charges...)</i>										

continua

Quadro 1. continuação

COMPETÊNCIAS (conhecimentos, habilidades e atitudes)		AUTO AVALIAÇÃO				AVALIAÇÃO PELO DOCENTE					
3	<u>Sistêmicas</u>	NM	PA	PN	D	Justificativa (Destaque os pontos essenciais do <i>progresso alcançado</i> ou <i>fragilidades a serem superadas</i>)	NM	PA	PN	D	Justificativa (Destaque os pontos essenciais do <i>progresso alcançado</i> ou <i>fragilidades a serem superadas</i>)
3.4	<i>Demonstra iniciativa (propõe soluções, escolhe a melhor, coloca em prática e avalia).</i>										
3.5	<i>Motiva-se com a “qualidade” do trabalho e conquistas alcançadas (registra as conquistas e progressos de forma reflexiva no portfólio)</i>										
3.6	<i>Identifica <u>pontos fortes</u> (fortalezas) e <u>pontos fracos</u> (fragilidades) e demonstra empenho e iniciativas para superar as fragilidades e sedimentar as fortalezas</i>										
3.7	<i>Busca e demonstra conexões conceituais/teóricas; faz interconexões com o conhecimento adquirido na disciplina e/ou módulo acadêmico e com a realidade da vida. Generaliza o aprendido a novos contextos; enfatiza a reflexão (ex.: realiza interconexões do conhecimento teórico com as reportagens, charges e entre os materiais/documentos selecionados no portfólio)</i>										
3.8	<i>Utilização de novas tecnologias (citar as tecnologias)</i>										
4	<u>Pessoais e/ou de grupo</u>										
4.1	<i>Gestão do Tempo (consegue gerenciar o tempo de forma a cumprir os objetivos de aprendizagem em tempo oportuno)</i>										
4.2	<i>Responsabilidade (implicação e comprometimento com as tarefas/atividades)</i>										
4.3	<i>Autonomia (demonstra progresso se responsabilizando por suas escolhas)</i>										

continua

Quadro 1. continuação

COMPETÊNCIAS (conhecimentos, habilidades e atitudes)		AUTO AVALIAÇÃO				AVALIAÇÃO PELO DOCENTE					
4	<u>Pessoais e/ou de grupo</u>	NM	PA	PN	D	Justificativa (Destaque os pontos essenciais do progresso alcançado ou fragilidades a serem superadas)	NM	PA	PN	D	Justificativa (Destaque os pontos essenciais do progresso alcançado ou fragilidades a serem superadas)
4.4	<i>Planejamento das atividades e organização para conseguir alcançar os objetivos e metas traçadas</i>										
4.5	<i>Trabalho em equipe (desenvolve habilidades interpessoais, de trabalho em equipe interdisciplinar, exercita a alteridade, evita trabalhar competitivamente)</i>										

NM (Necessita Melhorar) = não atingiu os objetivos ($\leq 5,9$); PA (Progride Adequadamente) = atingiu os objetivos suficientemente (6 a 7,9); PN (Progride Notavelmente) = superou os objetivos (8,0 a 8,9); D (Destaca) = superou os objetivos ampliando destacadamente as atividades/metodologias (9 a 10). Este instrumento tem como objetivo a avaliação (pelos docentes e pelos estudantes) do processo de Construção dos Portfólios.

Por meio do Portfólio pretende-se:

- Aprender a aprender: aceitar novos desafios e comprometer-se com o processo de aprendizagem, com a (re)forma universitária e curricular, e com a implementação, (re)construção das políticas sociais.
- Aprender a ser: dotar o Ser humano de liberdade (pensamento, juízo crítico, sentimentos, imaginação, criatividade...), estimulando-o a ser artífice de seu destino, de sua própria história como sujeito-agente empoderado;
- Aprender a conhecer: – assimilar conhecimentos científicos e culturais gerais e específicos, que se completarão e atualizarão ao longo de toda a vida.
- Aprender a fazer: estimular o espírito crítico e o decifrar da realidade, adquirindo uma importante autonomia de juízo e corresponsabilização na construção do conhecimento, “ ganhos ” e/ou “ perdas ” acadêmicas;
- Aprender a conviver e a trabalhar juntos: possibilidade de exercitar, no trabalho em equipe, a alteridade, compaixão, resiliência e outras “humanidades”, dimensões tão importantes nos dias atuais, tanto no trabalho enquanto estudante da área da saúde como cidadão; além da sensibilização do olhar e a qualificação da escuta; valorizar a autoestima;

O contexto no qual o IAVCP foi utilizado, testado e avaliado pelos estudantes e docentes

O portfólio é utilizado como método de ensino, aprendizagem e avaliação pela equipe coordenadora da linha de pesquisa em Saúde Coletiva e Ensino na Saúde da Universidade Federal de Viçosa (UFV), desde o ano 2008. Baseado nessa experiência e na escuta e demanda qualificada dos estudantes, o IAVCP foi criado em 2010 e começou a ser utilizado em 2011. Assim, o IAVCP foi testado, avaliado e modificado de forma consensual, durante a construção dos portfólios pelos estudantes de graduação (portfólios coletivos) e pós-graduação (portfólios individuais) de cursos da área da Saúde, durante os anos 2011, 2012, 2013 e 2014, nas disciplinas de Políticas de Saúde e Políticas de Promoção da Saúde, respectivamente. Em nível de graduação, 587 estudantes utilizaram e testaram este instrumento, sendo construído um total de 97 portfólios coletivos reflexivos; e, em nível de pós-graduação, trinta estudantes utilizaram e testaram este instrumento, sendo construídos trinta portfólios reflexivos individuais.

O processo de avaliação dos portfólios reflexivos ocorreu mensalmente, de forma contínua, longitudinal e em tempo real em ambiente de ensino universitário, totalizando quatro avaliações ao longo de cada semestre letivo. A avaliação em lócus, na presença dos estudantes e de forma dialógica, facilita o processo de aprofundamento conceitual continuado, por meio do *feedback*, permitindo a regulação, em tempo útil e real, de conflitos e problemas distintos, viabilizando condições de estabilidade dinâmica e de desenvolvimento progressivo da autonomia e da identidade, o que facilita os procedimentos de avaliação e autoavaliação, por meio da compreensão dos processos, orientações, retroalimentação e retomada de rumos e ajustes na elaboração desses^{3,12}.

Durante os semestres letivos, em cada um dos quatro momentos da avaliação dos portfólios (uma avaliação por mês), concomitantemente à análise destes com os estudantes ou grupos de estudantes, um docente coordenador anotava, em uma folha, todas as orientações, fragilidades, fortalezas e potencialidades apresentadas no portfólio e discutidas com os estudantes. Essa folha era lida em voz alta por todos e, após concordância e entendimento, assinada e colocada no final do portfólio, servindo de guia para a continuidade do processo de construção dos portfólios pelos estudantes, a qual era retomada na avaliação seguinte (próximo mês) pelos docentes como instrumento orientador da avaliação. Em seguida, imediatamente após a apresentação, discussão e orientação, primeiramente, os estudantes faziam a autoavaliação e, no final, os docentes responsáveis avaliavam os portfólios utilizando o IAVCP. Por fim, os estudantes comparavam a avaliação dos docentes com a sua autoavaliação e, se necessário, discutiam algum ponto conflituoso.

Assim, após cada momento de avaliação e autoavaliação, o IAVCP cumpre o papel de orientador e direcionador do processo de ensino e aprendizagem, propiciando: o reconhecimento, o reviver, o recapturar da experiência e o desenvolvimento de novas compreensões e apreciações.

Aspectos éticos

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, de acordo com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Os achados deste estudo evidenciaram que o desenho do processo de avaliação, por ser consensuado entre docentes e estudantes, propiciou o compromisso e a corresponsabilização por ambas as partes e a transparência no processo de avaliação, produzido pela identificação e reconhecimento do instrumento como legítimo. Levar em conta as necessidades dos estudantes e contar com a implicação deles e dos docentes para testar e transformar o IAVCP, a partir da vivência na construção e orientação dos portfólios, resultaram em processos de avaliação significativos e motivadores.

O IAVCP mostrou-se um tipo de avaliação diferente, coerente com os pressupostos da avaliação por competências, já que se baseou mais na execução do que nos resultados, nos processos do que nos produtos, de forma diversificada e com diferentes abordagens e agentes avaliativos (incorporando a autoavaliação pelos estudantes), coerentes com os modos de avaliar que incluem dimensões que permitam analisar as competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) de sujeitos em formação. Mais do que recortar ou acumular conhecimentos, os estudantes vivenciam critérios para saber selecioná-los e integrá-los, de forma pertinente, a determinado contexto.

Além das avaliações e autoavaliações realizadas mensalmente em sala de aula de forma individual (portfólios individuais) e em grupo (portfólios coletivos), num total de quatro em cada semestre letivo, os estudantes preenchiem, de forma individual e anônima, *post its* de duas cores diferentes e colavam no Cartaz – Panorama Sobe-Desce –, respondendo à seguinte pergunta: “Quais os fatores que te motivam (Sobe) e desmotivam (Desce) a construir o portfólio reflexivo?” (Figura 1).



Figura 1. Fatores que motivam (Sobe) e desmotivam (Desde), os estudantes a construírem o Portfólio reflexivo (2011, 2012, 2013 e 2014)

O Panorama Sobe-Desce é uma técnica que tem como objetivo evidenciar, para os docentes e para os próprios estudantes, de forma pedagógica e lúdica, o que estimula e desestimula os educandos a construírem o portfólio. O objetivo desta técnica, portanto, foi entender o contexto que interfere no processo, e não quantificar as respostas. A força dessa técnica não está na frequência das respostas em si (positivas ou negativas), mas na representação gráfica dessas respostas (ilustradas por meio dos *wordles*), de modo a impactar os agentes envolvidos nesse processo. E isso evidencia tanto as fortalezas quanto as fragilidades, e estimula esses atores a encontrarem formas de aperfeiçoar o trabalho e superar as dificuldades. A ênfase deve ser posta, portanto, mais nas potencialidades e na busca de soluções.

Na análise do Panorama Sobe-Desde, observou-se que o tamanho das palavras e, ou, expressões é proporcional à frequência com que essas são citadas pelos estudantes. Assim, aparecem como fatores motivadores (Sobe) do uso do portfólio reflexivo mais enfaticamente: o trabalho em equipe, o tipo de aprendizado, o conteúdo, a relação com temas atuais e a criatividade; seguidos, em menor intensidade, pela conexão teoria e prática, ser crítico-reflexivo, proporcionar discussão, tipo de avaliação inovadora e uso de metodologias ativas. Como fatores desmotivadores (Desce) aparecem mais fortemente: o tempo (falta), a sobrecarga, a dificuldade do trabalho em equipe e o fato de ser um método trabalhoso.

Os estudantes relataram que o portfólio possibilita conectar os conteúdos estudados em sala de aula com o mundo real, o mundo da vida. À medida que os discentes são estimulados a prestarem atenção nos acontecimentos ao seu redor e a pensarem sobre estes, buscando ativamente notícias

veiculadas pela mídia (leiga e técnico-científica), institui-se uma prática crítica e reflexiva e, concomitantemente, um comprometimento desses alunos com o exercício da cidadania e com o Sistema Único de Saúde. Retrataram, ainda, que os critérios utilizados na avaliação eram transparentes e claros, facilitando a visualização de seu processo de formação de maneira contínua e processual. Por fim, salientaram o desenvolvimento de competências de compreensão e interpretação da legislação e das normas sanitárias, o que facilitou o processo de tomada de decisão, além do exercício da comunicação oral e escrita.

Tendo como referência o fato de que, na base das competências, estão o conhecimento e a experiência na aprendizagem, os resultados apontaram para a pertinência de utilização dos critérios de uma boa prática de avaliação por competências de portfólios utilizados na construção do IAVCP. Assim, destacam-se: o desenho consensuado, a integração e aplicação da aprendizagem, e a avaliação diagnóstica e formativa, que registram o processo de progressão de forma continuada e longitudinal, multiagente, gerando a aprendizagem e a satisfação. A vinculação entre avaliação e aquisição de competências no processo de construção do portfólio reflexivo contribui tanto para a compreensão das políticas de saúde (conhecimentos) quanto para o desenvolvimento de habilidades e atitudes importantes na atuação profissional e cidadã, destacando-se: a capacidade de reflexão, a crítica e a criatividade para lidar com as diferentes oportunidades e adversidades que a vida cotidiana nos impõe.

Discussão

Pela análise dos portfólios, identificou-se que, após a implementação do instrumento de avaliação e autoavaliação a partir do ano 2011, a organização, o pensamento compreensivo, o pensamento reflexivo, o pensamento crítico e o pensamento criativo se mostraram progressivamente ampliados e contemplados em todas as subdivisões, conforme indicados nos estudos desenvolvidos por Lizarraga⁴ e Cotta et al.^{1,3}.

Os resultados deste trabalho vão ao encontro dos resultados de estudos desenvolvidos por Cano⁵, ao demonstrar que o instrumento não se trata de simples inovação intuitiva, mas que, ao embasar-se em um marco teórico-conceitual associado a uma reflexão prévia sobre a literatura, concomitantemente com a vasta experiência dos docentes no uso do portfólio como método, se mostrou excelente possibilidade didática e de avaliação, apontando para as diferentes probabilidades do portfólio. Os estudantes, ao mesmo tempo que construíam os portfólios atentos às competências incluídas no IAVCP, realizavam reflexões sobre seus próprios aprendizados e progressos a partir das evidências que o método aportava, destacando-se aquelas que eles acumulavam ao longo dos estudos e semestre letivo que demonstrassem seus progressos, avanços e potencialidades, bem como as fragilidades.

Nessa perspectiva, o IAVCP mostrou-se instrumento de avaliação adequado ao processo de aprendizagem, cujo *feedback*, por parte dos docentes, não só oral, mas registrado por escrito, auxiliou no processo de autoavaliação, tornando, assim, os momentos de avaliação excelentes oportunidades de crescimento e aprendizado^{5,10}. Desenvolveu-se, portanto, a responsabilidade do estudante sobre seu próprio aprendizado e avaliação, cuja atividade reflexiva se explicitou tanto nos portfólios como documentos quanto nas avaliações e autoavaliações contidas nos quatro momentos de uso do IAVCP, que compõem o desenvolvimento desses em cada semestre letivo.

Assim, o IAVCP foi "uma avaliação diferente que se baseou mais nas execuções que nos resultados, nos processos que nos produtos, diversificada, com diversos instrumentos e agentes avaliativos (incorporados à co e à autoavaliação), coerentes com os modos de trabalhar situados em cenários os mais reais possíveis"⁵ (p. 48). Constituiu, portanto, um processo de avaliação para além da análise dos rendimentos, propiciando: a reflexão sobre o próprio pensamento e o trabalho realizado, o descobrimento dos erros cometidos, a valorização do aprendizado e evolução, a valorização do nível de satisfação pessoal, e a especificação das relações entre as atividades desenvolvidas, outros conteúdos acadêmicos e a vida pessoal ou profissional⁴.

Conclusão

O IAVCP apresentou-se como instrumento importante de avaliação e autoavaliação do portfólio reflexivo, propiciando o *feedback* dos docentes para os estudantes, dos estudantes para os docentes, e dos estudantes para os estudantes, orientando a retomada de rumos e o aperfeiçoamento das competências trabalhadas. Foi potencialmente importante para estimular os agentes envolvidos no processo de construção e, ou, orientação a pensarem sobre suas próprias ações, conhecerem o que estão fazendo e traçarem metas e objetivos para a continuidade do trabalho e, ou, mudanças de caminhos e rumos, estimulando os pensamentos críticos, reflexivos e criativos, bem como o trabalho em equipe.

As avaliações contínuas e longitudinais, realizadas em quatro momentos ao longo de cada semestre letivo, e partindo da reflexão e análise da realidade retratada nos diferentes apartados do portfólio, permitiram captar as informações sobre a temática das Políticas de Saúde, compreendendo-as e tratando de conhecer as causas dos problemas apresentados no mundo contemporâneo, bem como questionando-as de forma a propiciar a mudança dessa realidade. Assim, os estudantes desenvolvem a habilidade de observar o mundo que está ao seu redor, ficando mais atentos à mídia escrita, falada e televisiva, em busca de novas informações, de forma curiosa, crítica, reflexiva e criativa, avaliando e extraindo conclusões de maneira individualizada e em equipe. A cada avaliação e autoavaliação por meio do IAVCP, tanto os estudantes quanto os docentes refletem sobre os progressos alcançados e traçam novas metas e estratégias, visando ao desenvolvimento das potencialidades, à sedimentação das fortalezas e à superação dos desafios e fragilidades.

Como limitação do instrumento, ressalta-se a possibilidade de incluir uma coluna no IAVCP relativa à avaliação por pares, complementando, assim, o processo de avaliação.

Colaboradores

Os autores participaram igualmente da elaboração do artigo. Rosângela Minardi Mitre Cotta participou da idealização e construção da temática e do instrumento de avaliação. Glauce Dias da Costa participou da revisão bibliográfica, de discussões e revisão do texto.

Agradecimento

Este estudo é parte de um projeto de inovação em docência universitária financiado pela Capes (Processo no 23038.009788/2010-78, AUX-PE-Pró-Ensino Saúde 2034/2010).

Referências

1. Cotta RMM, Mendonça ET, Costa GD. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 30(5):415-21.
2. Cotta RMM, Silva LS, Lopes LL, Gomes KO, Cotta FM, Lugarinho R, et al. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(7):787-96.
3. Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1847-56.
4. Lizarraga MLSA. Competências cognitivas em educación superior. Madrid: Narcea AS Ediciones; 2010.

5. Cano E. Buenas prácticas en la evaluación de competencias: cinco casos de educación superior. Barcelona: Laertes Educación; 2011.
6. Friedrich DBC, Gonçalves AMC, Sá TS, Sanglard LR, Duque DR, Oliveira GMA. O portfólio como avaliação: análise de sua utilização na graduação de enfermagem. Rev Latino-am Enferm. 2010; 18(6):1-8.
7. Tartwijk JV, Driessen, EW. Portfolios for assessment and learning: AMEE Guide n. 45. Med Teach. 2009; 31:790-801.
8. Blanco A, coordinador. Desarrollo y evaluación de competencias en educación superior. Madrid: Narcea SA Ediciones; 2009.
9. Klenowski V. Desarrollo de portafolios: para el aprendizaje y la evaluación. Madrid: Narcea SA de Ediciones; 2007.
10. Noguero FL. Metodologías participativas en la enseñanza universitaria. 2a ed. Madrid: Narcea SA Ediciones; 2007.
11. Driessen EW, Overeem K, Tartwijk J, Vleuten CPM, Muijtjens AMM. Validity of portfolio assessment: which qualities determine ratings? Med Educ. 2006; 40:862-6.
12. Sá-Chaves I. Portfólios reflexivos: estratégia de formação e de supervisão. Aveiro: Universidade de Aveiro; 2000.
13. Delors J. La educación encierra un tesoro. Madrid: Santillana; 1996.
14. Sen AK. Desenvolvimento como liberdade. São Paulo: Companhia das Letras; 2000.

Cotta RMM, Costa GD. Instrumento de evaluación y autoevaluación de la cartera reflexiva: una construcción teórico-conceptual. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):171-83.

La cartera reflexiva se inscribe en el contexto de una evaluación formativa regida por el feedback y la interacción. La fragilidad en el proceso de evaluación de las carteras es consensos en la literatura y entre especialistas y estudiantes. El objetivo de este estudio fue presentar y analizar el instrumento de evaluación y auto-evaluación de las competencias por trabajar en la cartera reflexiva (IAVCP). La construcción teórico-conceptual se basó en la experiencia de nueve años de uso de los autores y en la discusión de la literatura, resultando en un diseño probado y construido colectivamente entre docentes y estudiantes. Las competencias delineadas en el IAVCP (de comunicación, gestión de la información, sistémicas, personales y de grupo) se construyeron con enfoque en la educación universitaria que integra actividades académicas y profesionales. El proceso de evaluación, por ser consensuado, propició el compromiso, la co-responsabilidad y la transparencia producidos por la identificación y el reconocimiento del instrumento como legítimo.

Palabras clave: Cartera reflexiva. Métodos activos. Evaluación.

Recebido em 28/01/15. Aprovado em 27/06/15.

Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro

Scott Reeves^(a)

Reeves S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):185-96.

Interprofessional education (IPE) is an activity that involves two or more professions who learn interactively together to improve collaboration and the quality of care. Research has continually revealed that health and social care professionals encounter a range of problems with interprofessional coordination and collaboration which impact on the quality and safety of care. This empirical work resulted in policymakers across health care education and practice to invest in IPE to help resolve this collaborative failures. It is anticipated that IPE will provide health and social care professionals with the abilities required to work together effectively in providing safe high quality care to patients. Through a discussion of a range of key professional, educational and organization issues related to IPE, this paper argues that this form of education is an important strategy to improve the delivery of safe and effective care

Keywords: Interprofessional education. Collaborative learning. Interprofessional collaboration. Teamwork. Patient safety.

A educação interprofissional (EIP) é uma atividade que envolve dois ou mais profissionais que aprendem juntos de modo interativo para melhorar a colaboração e qualidade da atenção à saúde. Pesquisas vêm revelando continuamente que profissionais de saúde e serviço social enfrentam uma série de problemas na coordenação e colaboração interprofissional que impactam na qualidade e segurança da atenção. Estes estudos empíricos levaram formuladores de políticas de atenção e educação na saúde a investir em EIP para ajudar a enfrentar tais dificuldades colaborativas. Espera-se que a EIP possibilite a profissionais de saúde e serviço social as habilidades necessárias para trabalhar efetivamente juntos para garantir uma atenção de alta qualidade e com segurança para os pacientes. Ao discutir uma série de problemas profissionais, educacionais e organizacionais relacionados à EIP, o presente trabalho defende que esta forma de educação é uma estratégia importante para garantir uma atenção à saúde segura e eficaz.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Aprendizado colaborativo. Colaboração interprofissional. Trabalho em equipe. Segurança do paciente.

^(a) Kingston University & St George's, University of London, Centre for Health and Social Care Research. St George's Hospital, London, London SW17 0RE, United Kingdom. s.reeves@sgul.kingston.ac.uk

Introdução

Educação interprofissional (EIP) oferece aos estudantes oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo. Este trabalho discute problemas profissionais, educacionais e organizacionais relacionados à EIP. Especificamente, descreve o aparecimento da EIP, esboça abordagens-chave para aprendizado e ensino utilizadas para uma EIP eficaz, explora os complexos fatores organizacionais ligados a sua implementação e relatórios a respeito da base de evidência crescente para EIP. Também discute os diversos elementos da EIP e evidencia complicações para o futuro desenvolvimento deste tipo de educação.

Origem da EIP

Globalmente, por mais de três décadas, a política de saúde tem identificado o papel principal da EIP na melhoria de sistemas e nos resultados da atenção à saúde^{1,2}, porém, nos últimos dez anos tem estado particularmente na vanguarda de muitas pesquisas, políticas, e atividades regulatórias em nível internacional³. A EIP é definida como “duas ou mais profissões que aprendem com, de e sobre cada uma delas para melhorar a colaboração e qualidade da assistência”⁴ (p. 1). Como tal, esta definição engloba alunos de graduação e pós-graduação.

A necessidade de EIP decorre diretamente da complexidade e natureza multifacetada da saúde e das necessidades de assistência social dos pacientes, requerendo coordenação eficaz de serviços³. A necessidade também decorre de pesquisas evidenciando que colaboração eficaz entre os prestadores dos diversos tipos de atenção à saúde é essencial para a oferta de atenção eficaz e integral⁵. De fato, problemas de comunicação e colaboração entre diferentes profissionais da saúde e serviço social continuam a ser uma preocupação, pois podem resultar em diferentes percepções sobre a atenção ao paciente^{6,7}. Estudos na América do Norte, por exemplo, revelaram o tamanho do impacto negativo que falhas de comunicação podem ter em pacientes, minando a segurança e causando sérias lesões ou até morte^{8,9}.

A visão geral da literatura, citada acima, de que profissões sociais e de saúde necessitam de formação e treinamento para desenvolver atitudes, conhecimentos e habilidades requeridas para efetivamente trabalhar em conjunto para uma atenção ao paciente segura e com alta qualidade. Documentos técnico-políticos têm apoiado a necessidade da EIP para melhorar competências colaborativas^{10,11}. Recentemente, a Organização Mundial de Saúde² reforçou seu comprometimento com a EIP destacando a importância deste tipo de educação para desenvolver as habilidades necessárias para a prática colaborativa e uma força de trabalho em saúde pronta para agir. É importante destacar que este documento aponta a necessidade de EIP e prática colaborativa para melhorar sistemas de saúde fragmentados e com dificuldade em todo o mundo – em países desenvolvidos e subdesenvolvidos.

Os documentos técnico-políticos referentes à EIP influenciam mudanças nos níveis educacionais, profissionais e organizacionais, resultando na incorporação de EIP em programas de educação na saúde e serviço social, organismos reguladores e políticas organizacionais. Por exemplo, cursos de EIP, programas e centros têm sido criados em instituições de ensino superior em países como os EUA, Canadá, Reino Unido e Austrália^{5,7}. Nestes casos, unidades de saúde e serviço social trabalham em conjunto para fornecer oportunidades de EIP para seus estudantes. Por exemplo, em um estudo que comparou cursos sobre segurança do paciente oferecidos sob as perspectivas uni-profissional e interprofissional, o resultado mostrou que, enquanto todos os estudantes aumentaram seu conhecimento, aqueles que participaram do curso interprofissional adquiriram um valor agregado dessas interações e se sentiram mais capazes de trabalhar em uma equipe interprofissional¹².

Organizações de saúde e serviço social estão apoiando iniciativas de EIP. Por exemplo, Barr et al.⁵ relataram programas no Reino Unido e nos EUA em que práticas de primeiros socorros e centros médicos têm se comprometido a dar apoio a melhoria na assistência à saúde mediante iniciativas envolvendo elementos de EIP. Este apoio também tem sido aventado por diferentes universidades,

associações de profissionais e organizações de saúde, que também reconhecem a necessidade de oferecer EIP para seus aprendizes.

Métodos-chave educacionais e de aprendizado

Há um debate sobre quando seria o melhor momento para implementar EIP em instituições de ensino e de assistência à saúde. Pesquisas indicando que estudantes do primeiro ano de um programa de graduação já possuem uma série de estereótipos estabelecidos e consistentes em relação a outros grupos profissionais de saúde e serviço social têm fomentado o argumento de que EIP oferecida nesse momento pode desempenhar o importante papel de diminuir os efeitos negativos da socialização profissional, como, por exemplo, os estereótipos hostis⁵. Em contraste, outras pesquisas têm sugerido que EIP após a graduação é mais eficaz, pois os participantes possuem uma melhor compreensão de sua própria identidade profissional e do seu papel. Um inquérito de estudantes de oito grupos profissionais apontou que a força da identidade profissional em todos os grupos foi alta no ingresso à universidade, porém diminuiu significativamente com o passar do tempo para algumas profissões. O entusiasmo dos estudantes para EIP também foi alto no início, porém caiu significativamente com o passar do tempo para todos os grupos, exceto enfermagem¹³. Os resultados deste estudo e outros^{14,15} apoiam o argumento do início precoce e contínuo de EIP, considerando a prontidão de alunos para EIP e a existência de identidades profissionais.

Sugere-se que EIP deve ser parte do desenvolvimento profissional contínuo do indivíduo, iniciando com programas de pré-qualificação e tendo continuidade durante toda a sua carreira¹⁶. Dado que os objetivos e a natureza da iniciativa EIP diferem dependendo do estágio de aprendizado, esta abordagem parece ser apropriada. A EIP poderia ser utilizada inicialmente para preparar estudantes para práticas colaborativas, enquanto este tipo de educação, em uma fase mais tardia, poderia reforçar experiências de aprendizado antecipado e maior apoio em práticas colaborativas.

A definição de EIP descrita acima salienta a necessidade de interação interprofissional explícita entre participantes. Discute-se que esta interatividade promove o desenvolvimento de competências necessárias para colaboração eficaz⁵. Métodos de aprendizado que permitem interatividade são, portanto, uma característica chave para EIP. Há uma série de diferentes tipos de métodos de aprendizado utilizados:

- Aprendizado baseado em seminário.
- Aprendizado baseado em observação (shadowing).
- Aprendizado baseado em problemas.
- Aprendizado baseado em simulação.
- Aprendizado baseado na prática clínica.
- Aprendizado E-learning (ex: discussões online).
- Aprendizado misturado (integrando e-learning com outro método tradicional).

A literatura contém inúmeros exemplos destas cinco atividades de aprendizado dentro de iniciativas de EIP. Freeth et al.¹⁷, por exemplo, relataram um curso de um dia baseado em simulação para obstetras, anestesistas obstetras e parteiras para permitir melhoria no trabalho interprofissional em atenção obstétrica. O foco do curso é em aspectos não-técnicos da atenção e sua influência na segurança do paciente. O curso envolveu uma orientação inicial ao ambiente, cenários de simulação e interrogatórios facilitados.

A combinação de diferentes métodos interativos de aprendizagem em uma iniciativa de EIP pode tornar a experiência mais estimulante e interessante e, portanto, contribuir para um maior nível de aprendizado. Por exemplo, um programa EIP que objetivou desenvolver habilidades interprofissionais colaborativas voltadas para o paciente em estudantes de medicina, higiene odontológica, odontologia, enfermagem e farmácia, envolvidos em workshop de orientação, sessões educacionais contínuas e uma prática clínica de oito semanas com uma equipe de estudantes interprofissionais¹⁸. Os métodos de aprendizado utilizados dependem dos objetivos da iniciativa de formação, dos participantes e recursos

disponíveis. Estudantes podem possuir mais ou menos familiaridade e experiência com determinados métodos de aprendizado, como aprendizado online ou simulação, e esta variação pode ser um desafio no programa de EIP.

Oportunidades para aprendizado informal – quando estudantes se encontram socialmente e discutem aspectos de sua educação formal – são abordagens úteis para EIP. Aprendizado informal pode ser útil por permitir que indivíduos compartilhem ideias e obtenham orientação de seus pares, colegas de trabalho ou gerentes. Atividades informais de aprendizagem podem ser explicitamente organizadas em um programa interprofissional. Por exemplo, pode ser utilizada para dar oportunidade de partilhar encontros informais durante os intervalos para discutir experiências de aprendizagem. Aprendizado informal pode também ocorrer sem planejamento, como resultado de uma iniciativa interprofissional. Em uma avaliação de um módulo baseado na comunidade¹⁹, observou-se que estudantes de medicina, enfermagem e odontologia utilizavam bares e cafés após suas sessões de aprendizado formais para informalmente discutir e refletir sobre suas EIP. Para esses estudantes, este tipo de aprendizado foi uma parte valiosa de suas experiências compartilhadas no presente módulo.

Existem variações em oportunidades de colocação clínica interprofissional formais disponíveis e oportunidades de aprendizado informal no contexto clínico são influenciadas por profissionais individuais e culturas organizacionais, assim como níveis de confiança de estudantes²⁰. Tais oportunidades de aprendizado informal e a orientação disponível possuem grande papel no desenvolvimento e aprendizado de estudantes.

A combinação de atividades de aprendizado planejadas para promover resultados colaborativos com aqueles organizados para alcançar resultados mais específicos de uma profissão pode ser problemática. Aprendizes podem enfrentar incertezas a respeito do objetivo geral de EIP. O problema surgiu durante um trabalho em uma experiência interprofissional para estudantes de medicina, enfermagem, terapia ocupacional e fisioterapia²¹. Para oferecer aos estudantes uma visão holística no ambiente clínico, foram desenvolvidas atividades interativas colaborativas de aprendizado, como resolução de problemas em equipe e atividades específicas de profissão, como administração de medicamentos – uma tarefa para a qual os estudantes de enfermagem se comprometeram com exclusividade. A inclusão dessas duas atividades de aprendizado produziu tensão, pois os estudantes tiveram dificuldade de participar ativamente em ambas. Após dar retorno sobre isso ao grupo responsável pela iniciativa, concordou-se em rever a proposta como tentativa de diminuir essa tensão.

A EIP eletiva ou voluntária pode passar a mensagem de que este tipo de aprendizado ocupa um “baixo status” em relação a outras formas de aprendizado específicas da profissão que podem, então, reduzir o comprometimento do estudante²⁰. Além disso, se esta forma de educação não for desenvolvida de modo que tenha peso igual na formação específica da profissão, o status pode, novamente, ser questionado. Deduzir apoio público de líderes profissionais e recrutamento de alta qualidade de educadores pode auxiliar na melhoria do status de EIP. Tornando a frequência obrigatória e desenvolvendo uma programação flexível pode-se evitar que desafios logísticos se tornem uma barreira para uma EIP eficaz. Créditos de educação contínua também podem fornecer o status necessário e, portanto, incentivar a participação de profissionais de pós-qualificação²⁰. Todavia, para muitos profissionais, EIP é empreendida sob uma base voluntária e, portanto, o incentivo está relacionado ao seu próprio desenvolvimento profissional/ou a um desejo de melhorar a coordenação e a qualidade da assistência ao paciente.

Facilitando EIP

Facilitar EIP pode ser desafiador e requer habilidades, experiência e preparação para lidar com as diversas responsabilidades e demandas envolvidas. É ideal capacitar mediadores das diversas faculdades envolvidas, cujo número pode ser grande, especialmente em um contexto de graduação, dependendo no número de estudantes. Existe uma série de atributos necessários para este tipo de trabalho, incluindo:

- Experiência em trabalho interprofissional.
- Profundo entendimento de métodos interativos de aprendizado.
- Conhecimento de dinâmicas de grupo.
- Confiança em trabalhar com grupos interprofissionais.
- Flexibilidade (para criativamente utilizar diferenças profissionais nos grupos).

Similar a outros pequenos grupos educacionais, mediadores necessitam focar na formação e manutenção da equipe, criar um ambiente não ameaçador e permitir que todos os participantes participem igualmente, porém esses objetivos são mais desafiadores em um contexto interprofissional dada a história de desigualdades sociais e econômicas. O trabalho de Friedson²¹ fornece um entendimento das raízes desses desequilíbrios. Ele argumentou que todos os grupos de trabalho ocupacionais participassem de um processo de profissionalização mediante o engajamento em um projeto 'fechado'. O objetivo deste projeto foi honesto – assegurar e então proteger a propriedade exclusiva de áreas específicas de conhecimento e perícia de modo a efetivamente assegurar recompensa econômica e valorização de status. Como medicina foi a primeira ocupação a se engajar com sucesso no projeto de profissionalização, eles reivindicaram a área com mais prestígio do trabalho clínico – a habilidade de diagnosticar e tratar – o que garantiu sua posição dominante sobre outras profissões de saúde e serviço social²². Explorando este tema, Pecukonis et al.²³ argumentam que diferentes culturas profissionais configurem as diferentes definições da saúde, bem-estar e sucesso do tratamento, bem como as diferenças de poder. Eles também discutem que EIP é limitada por profissão-centrismo e que isto deve ser resolvido mediante um currículo que promova competência interprofissional cultural.

Dados os desafios relacionados a facilitar EIP, desenvolvimento docente é crucial para educadores. Para a maioria deles, ensinar alunos como aprender sobre um assunto uns com os outros é uma experiência nova e desafiadora. Similarmente a estudantes, funcionários e corpo docente podem ter dificuldades com questões interprofissionais e uni-profissionais, como, por exemplo, a crescente ênfase em EIP e prática que desafiam identidades profissionais. O desenvolvimento do corpo docente pode reduzir sentimentos de isolamento, desenvolver uma abordagem mais colaborativa para facilitar, assim como fornecer oportunidades para compartilhar conhecimento, experiência e ideias²⁴.

Há um número crescente de programas de desenvolvimento docente. Em geral, eles focam no oferecimento de uma variedade similar de atividades preparatórias, como, por exemplo, entendimento dos papéis e responsabilidades de diferentes profissões, explorando problemas de profissionalismo, e planejando estratégias de aprendizado para grupos interprofissionais. Também há uma necessidade de programas de desenvolvimento em EPI que possibilite aos indivíduos a promoção de mudanças em nível individual e organizacional e, assim, devem ser endereçados a diversas partes interessadas e focalizar liderança e mudança organizacional²⁵. Para garantir que o corpo docente mantenha seu conhecimento de facilitação interprofissional é necessário oferecer oportunidades contínuas de desenvolvimento docente. Geralmente, é útil considerar um grupo de ensino (team-teaching) com colegas mais experientes para ajudar a desenvolver habilidades, conhecimento e confiança necessários, vitais para facilitação interprofissional. Oportunidades regulares para discussão e reflexão podem ser um tipo útil de suporte para facilitadores de EIP²⁶. Onde a capacitação formal não pode ser obtida, é aconselhável buscar uma opinião informal de um colega mais experiente neste tipo de trabalho. Para EIP estar incorporado com sucesso em currículos e pacotes de capacitação, as primeiras experiências devem ser positivas. Isto garantirá envolvimento contínuo e vontade de continuar desenvolvendo o currículo baseado em *feedback* de alunos.

Fatores organizacionais afetando EIP

O apoio organizacional inclui uma série de componentes e é crucial para o sucesso de um programa de EIP. É essencial uma liderança com interesse, conhecimento e experiência para conduzir um programa de EIP. É ainda necessário uma organização e corpo docente que apoiem a EIP para promover entre estudantes uma atitude positiva em relação a este tipo de aprendizado²⁷. Políticas

institucionais e comprometimento administrativo são também cruciais em função dos recursos requeridos para desenvolver e implementar a EIP. Esta forma de liderança e acordo é necessária de todas as organizações participantes ou dos departamentos dentro de uma organização.

O tipo específico de apoio organizacional geralmente necessário depende do estágio de formação. O planejamento e a implementação de pré-qualificação da EIP é desafiador considerando o grande número de barreiras organizacionais, como, por exemplo, grande número de estudantes, requisitos de acreditação profissional e currículo inflexível. A maioria dos programas de pré-qualificação para medicina e enfermagem têm grupos entre cem e duzentos estudantes. Em contraste, programas de terapia ocupacional e fisioterapia têm unidades menores, entre vinte e sessenta alunos. Isto gera dificuldades logísticas para encontrar um local adequado para esta modalidade de educação. Além disso, diferenças em tempos de curso para essas unidades de estudantes pode criar problemas para encontrar um tempo adequado para oferecer a EIP²⁸. Obter aprovação de cada um dos corpos regulatórios das profissões participantes geralmente acrescenta mais complicações, assim como chegar a um acordo em questões de responsabilidade (accountability).

Enquanto a pós-qualificação de EIP pode ser menos problemática para organizar, pelo menor número de barreiras institucionais, é necessário apoio institucional para que os profissionais de saúde tenham tempo e recursos para participar destes programas, e é igualmente necessária para impulsionar uma atitude positiva em relação a este tipo de educação. Apoio organizacional também é fundamental para que quaisquer ganhos de conhecimento sejam traduzidos em sucesso nas mudanças de práticas interprofissionais.

Além disso, o problema financeiro requer cuidadosa consideração durante o planejamento de qualquer iniciativa interprofissional. Como o custo deste tipo de educação tende a abranger uma série de diferentes orçamentos de profissionais ou departamentos²¹, acordos a respeito de arranjos financeiros muitas vezes podem ser um obstáculo para EIP.

Desenvolver o currículo interprofissional é um processo complexo e pode envolver trabalhadores da saúde e educadores de diferentes unidades de ensino, ambientes de trabalho e localizações, o que complica o planejamento e a implementação de EIP. De fato, envolver o corpo docente de diferentes programas na iniciativa é essencial, e todos os programas compreendidos deveriam ter um senso de pertença. Isto pode ser desafiador para um corpo docente menor. Representação igual garante que nenhum grupo isolado possa dominar o processo de planejamento e distorcer a iniciativa em qualquer direção²⁹.

Como o desenvolvimento de EIP pode tomar tempo e energia consideráveis, os membros do grupo devem ter dedicação e entusiasmo. Porém, quando programas de EIP dependem da colaboração de alguns entusiastas-chave, sua sustentabilidade a longo prazo pode ser ameaçada quando esses indivíduos mudam para outras organizações. Em uma avaliação de uma clínica interprofissional para estudantes de enfermagem, medicina, terapia ocupacional e fisioterapia, foi observado que o contínuo entusiasmo dos membros do grupo de direção foi importante para superar diversos problemas práticos, como validação conjunta e o estabelecimento de um estágio piloto. Sem este tipo de esforço grupal, a EIP não pode ser desenvolvida e implementada^{20,21}.

A eleição de um líder de projeto em EIP é importante para coordenar as atividades do grupo e garantir que o progresso seja atingido. Organizadores precisam providenciar reuniões regulares e considerar todas as perspectivas e também requerem habilidades interprofissionais²⁸. Os membros do grupo precisam compartilhar seus objetivos e impressões a respeito da iniciativa para garantir que todos estejam trabalhando por um objetivo comum. As diferenças identificadas precisam ser discutidas e resolvidas. Reuniões de planejamento regulares permitem que membros do grupo se atualizem e resolvam quaisquer problemas encontrados em conjunto durante o processo de planejamento.

Sustentar a EIP pode ser igualmente complexo e requer boa comunicação entre participantes, entusiasmo pelo trabalho realizado e visão compartilhada e entendimento dos benefícios de introduzir um novo programa de estudos. As organizações precisam constantemente avaliar, revisar e discutir a EIP dentro da organização para lembrar todos os membros do grupo a respeito do objetivo geral da EIP, que é a prática interprofissional²⁷.

A evidência

Durante a última década, uma série de revisões sistemáticas de EIP foram realizadas para examinar e sumarizar a evidência no campo²⁹⁻³¹. As revisões utilizaram diferentes critérios para que os estudos fossem incluídos e, portanto, enquanto havia sobreposição, cada um examinou um diferente grupo de estudos. Com colegas, realizamos recentemente uma síntese e uma avaliação crítica de revisões sistemáticas de EIP também para fornecer um entendimento geral da base de evidência³². A síntese incluiu seis revisões sistemáticas que foram identificadas mediante busca de revisões publicadas e não publicadas de EIP.

As seis revisões incluídas na síntese relatam os resultados de mais de duzentos estudos de EIP durante trinta anos. Elas relatam sobre estudos que possuem qualidade metodológica diferente e sobre uma variedade de resultados relacionados a EIP, porém todas as revisões possuem uma definição similar para a EIP ('duas ou mais profissões aprendendo com, de e sobre um ao outro para melhorar a colaboração e qualidade da atenção'), cinco foram empreendidas por equipes de revisão similares e compartilham abordagens similares (inclusive metodologicamente) para seu critério de inclusão³².

Cinco dessas revisões empregam abordagem similar para relatar resultados registrados de EIP. Originalmente desenvolvido por Kirkpatrick como uma tipologia de quatro pontos distinguindo quatro níveis de resultados (reações de aprendizes, aquisição de conhecimento/habilidade/atitude, mudanças em comportamento, mudanças em práticas organizacionais), Barr et al.⁵ modificaram o quadro para uma tipologia de seis níveis:

- Nível 1: reação (visão do aprendiz a respeito da experiência de aprendizado e sua natureza interprofissional)
- Nível 2a: modificação de atitudes/percepções (mudanças em atitudes ou percepções recíprocas entre grupos participantes)
- Nível 2b: aquisição de conhecimento/habilidades (ganhos de conhecimento e habilidades relacionado a colaboração interprofissional)
- Nível 3: mudança comportamental (transferência de aprendizado interprofissional dos aprendizes para o cenário prático e sua prática profissional mudada)
- Nível 4a: mudança na prática organizacional (maiores mudanças na organização e oferta de atenção)
- Nível 4b: benefícios para pacientes/clientes (melhoria na saúde ou bem estar de pacientes/clientes)

A síntese revelou que a EIP foi apresentada em várias configurações agudas, primárias e comunitárias e dirigida a uma gama de diferentes condições clínicas (exemplo: asma, artrite) ou condições agudas (exemplo: cuidado cardíaco). Apesar de diferentes combinações de grupos profissionais terem participado de programas de EIP, a medicina e a enfermagem foram os principais participantes. A EIP foi geralmente apresentada como uma experiência de aprendizado voluntário (eletivo) para os participantes e poucos programas incluíram alguma forma de acreditação acadêmica. A duração dos programas variou, indo desde sessões de poucas horas até programas desenvolvidos por um período de meses, porém a maioria dos programas durou entre um e cinco dias. Programas foram mais comumente desenvolvidos para profissionais após a graduação (tipicamente médicos e enfermeiros) em seus ambientes de trabalho, apesar de EIP ser cada vez mais trabalhada para estudantes de graduação como uma sala de aula ou algumas vezes como uma atividade baseada na prática. Enquanto programas de EIP utilizaram uma variedade de diferentes combinações de métodos de aprendizado interativos, as discussões baseadas em seminário, a resolução de problema em grupo e/ou as atividades de dramatização foram os mais empregados.

Princípios de melhoria de qualidade foram geralmente planejados dentro de programas de pós-qualificação de EIP. Em geral, programas de EIP empregaram avaliações formativas de aprendizado,

tipicamente utilizando técnicas de avaliação na forma de tarefas individuais escritas e/ou apresentações em conjunto/equipe que providenciaram uma descrição coletiva de experiências interprofissionais de aprendizes. A maioria dos programas baseou-se nos princípios do aprendizado de adultos desenvolvido por autores como Knowles, Schon e Kolb³².

A síntese revelou que a maioria dos estudos pouco discutiu as limitações metodológicas relacionadas à pesquisa. Como resultado, foi difícil entender a natureza das tendências, o que, por sua vez, enfraquece a qualidade do estudo. Além disso, uma série de estudos apenas descreveu seus programas de EIP de modo parcial ou limitado, o que torna difícil perceber se mudanças as foram realmente podem ser atribuídas ao programa realizado.

A maioria dos estudos deu pouca ou nenhuma atenção a técnicas de amostragem em seus trabalhos ou questões relacionados a perda de participantes no estudo. Houve uma tendência para relatar os impactos de curto prazo associados à EIP em relação a mudanças de atitude e conhecimento de aprendizes. Como resultado, existe somente uma ideia limitada do impacto de longo prazo deste tipo de educação, particularmente sobre mudanças organizacionais e de atenção ao paciente ou os processos educacionais que ocorrem durante o desenvolvimento de um programa.

Houve uma utilização generalizada de instrumentos não validados para detectar o impacto de EIP na satisfação do estudante e/ou paciente. Apesar do uso de tais ferramentas poder fornecer dados úteis para problemas de garantia de qualidade local, eles limitam a qualidade do estudo e é difícil avaliar sua validade ou credibilidade. Medidas para detectar mudanças em comportamento individual foram, particularmente, pobres, geralmente dependendo de relatos descritivos simples deste tipo de mudança. A maioria das mudanças registradas nos estudos foi relatada pelos próprios estudantes. Este tipo de evidência não é considerada forte, pois não detecta necessariamente uma *mudança concreta*, pode apenas indicar uma *percepção de mudança* no indivíduo. Esses dois tipos nem sempre concordam. A maioria dos estudos foi empreendida em um único local, isolado de outros estudos, limitando a generalização da pesquisa.

Apesar de uma série de deficiências na qualidade da evidência oferecida pelas revisões, foram identificadas algumas questões de qualidade encorajadoras. Mais notavelmente, houve um uso razoavelmente comum de modelos de pesquisa semi-experimentais (exemplo: estudos de antes e depois, estudos de antes durante e depois) que podem fornecer alguma indicação de mudança associada à realização da EIP; a maioria dos estudos reuniu duas ou mais formas de dados (tipicamente levantamento e entrevistas); e existe um crescente uso de estudos longitudinais começando a estabelecer o impacto de longo prazo da EIP em organizações e na atenção ao paciente³².

A síntese mostrou que a maioria dos estudos aponta que a EIP pode resultar em reações positivas dos alunos, no sentido de terem gostado de suas experiências interprofissionais. Tais estudos também relatam mudanças positivas nas percepções/attitudes dos aprendizes, com relação as opiniões de outros grupos profissionais e transformações na visão quanto a colaboração interprofissional e/ou aquela atribuída ao trabalho numa base colaborativa com outras profissões. Além disso, esses tipos de estudo relataram mudanças positivas no conhecimento e em habilidades do aprendiz para a colaboração interprofissional, usualmente relacionadas com um maior entendimento dos papéis e responsabilidades de outros grupos profissionais, melhoria de conhecimento a respeito da natureza da colaboração interprofissional e/ou desenvolvimento de habilidades de colaboração/comunicação.

Poucos estudos relataram resultados relacionados a comportamentos individuais, normalmente como profissionais trabalhando de forma mais colaborativa com colegas de outros grupos profissionais. Entre os estudos que forneceram evidências a este nível, normalmente é citada mudança positiva nas interações individuais dos profissionais é usualmente citada. Uma série de estudos mostraram mudanças positivas na prática organizacional, resultante da EIP. Estudos que relatam esse tipo de resultado geralmente focam em mudanças interprofissionais em padrões de práticas ou melhoria na documentação (exemplo: orientações, protocolos, uso de registros compartilhados) relacionada à gestão do cuidado. Um número menor de estudos relatou mudanças no cuidado aos pacientes/clientes. Esses estudos tipicamente registraram mudanças positivas nos resultados clínicos (exemplo: taxas de infecção, taxas de erros clínicos), pontuação de satisfação do paciente e/ou tempo de permanência do paciente.

Em geral, estudos de pré-qualificação de EIP mostram resultados em relação à mudança de atitudes, crenças, conhecimento e habilidades colaborativas. Enquanto estudos de pós-qualificação também relatam uma variedade similar de mudanças, eles também apontam alterações na prática organizacional e no cuidado ao paciente. Como indicado pela síntese, a evidência para os efeitos de EIP se baseia em uma variedade de programas diferentes (em termos de duração, participação profissional etc.), metodologias e métodos (desde estudos de pesquisas experimentais até métodos misturados e estudos qualitativos) de qualidade variada, assim como uma variedade de resultados (exemplo: relatórios de satisfação do aprendiz até mudanças na oferta de atenção). Apesar da evidência de qualidade de EIP ser limitada, ela está melhorando, à medida que estudos com mais qualidade estão sendo publicados³².

Discussão

Conforme detalhado acima, o acúmulo de evidências de problemas com coordenação e colaboração interprofissional entre diferentes provedores de assistência social e de saúde e o impacto resultante da qualidade da atenção à saúde, têm estimulado os tomadores de decisão em relação a educação, saúde, política e pesquisa a investir em EIP. Foi previsto que a EIP iria prover profissionais de saúde com habilidades e conhecimentos necessários para trabalhar efetivamente com outros profissionais no sistema de saúde. Como resultado, iniciativas em EIP para estudantes de graduação e pós-graduação começam a ser desenvolvidas e implementadas em todo o mundo.

Evidências de pesquisa por mais de três décadas têm fornecido *insight* útil quanto à EIP, conforme discutido acima. Mediante esses estudos foi possível entender o valor da EIP nas fases de aprendizado na graduação e pós-graduação. Por exemplo, estudantes podem se beneficiar de uma iniciativa na graduação sobre os papéis de diferentes profissionais da saúde em relação a uma determinada área clínica estudada em sala de aula e/ou contexto profissional, enquanto uma iniciativa depois da graduação pode focalizar problemas de comunicação com outros profissionais da saúde com quem trabalham e apoiar mudanças na prática. Nós também temos conhecimento dos diferentes métodos de aprendizado interativo que podem ser utilizados em EIP. A oportunidade para interatividade é um elemento essencial de EIP, porém os métodos particulares utilizados dependem dos objetivos e recursos.

O apoio organizacional é crítico para tratar dos problemas de logística e recursos da EIP, para apoiar o desenvolvimento do corpo docente e desenvolver uma cultura que aprove a EIP, e em um cenário de atenção à saúde, facilita a transferência de conhecimento. Liderança de escolas, associações e organizações é, portanto, essencial para encorajar e apoiar estudantes e profissionais totalmente engajados em programas de EIP.

O investimento futuro em EIP deve ser baseado em evidências rigorosas a respeito dos resultados alcançados e esta evidência é acumulada gradativamente. Como a síntese de revisões de EIP revelou, este tipo de formação pode ter resultados positivos em relação a reação dos participantes, atitudes, conhecimento/habilidades, comportamentos e prática, assim como benefícios aos pacientes³⁰. Todavia, conforme mencionado no presente trabalho, existem limitações metodológicas para esses estudos. Com a expansão do número de estudos nesta área e o aumento no foco da qualidade metodológica de tais estudos, é de se esperar que a evidência neste campo seja cada vez mais fortalecida.

A pesquisa têm ajudado a indicar o papel da EIP em melhorar a colaboração interprofissional e aumentar a qualidade da assistência aos pacientes. Em todo o mundo, instituições de ensino das profissões de saúde e serviço social e associações têm enfatizado a importância de seus estudantes e profissionais serem colaboradores e comunicadores efetivos e estão utilizando a EIP como uma estratégia-chave para o desenvolvimento de tais habilidades. Conforme a evidência de EIP continue a evoluir vamos desenvolver um maior conhecimento de como ela pode ser mais efetivamente planejada e implementada e de sua relação com o desenvolvimento de competências colaborativas que podem afetar positivamente na atenção ao paciente e nos resultados das práticas de saúde.

Referências

1. World Health Organization. Continuing education of health personnel. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1976.
2. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: WHO; 2010.
3. Institute of Medicine. Interprofessional education for collaboration: learning how to improve health from interprofessional models across the continuum of education to practice. Washington (DC): The National Academies; 2013.
4. Barr H, Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S. Evaluating interprofessional education: a UK review for health and social care. London: BERA/CAIPE; 2000.
5. Barr H, Koppel I, Reeves S, Hammick M, and Freeth D. Effective interprofessional education: argument, assumption and evidence. Oxford: Blackwell; 2005.
6. Kvarnstrom S. Difficulties in collaboration: a critical incident study of interprofessional healthcare teamwork. *J Interprof Care*. 2008; 22(2):191-203.
7. Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. Interprofessional teamwork for health and social care. Oxford: Wiley-Blackwell; 2010.
8. Williams RG, Silverman R, Schwind C, Fortune JB, Sutyak J, Horvath KD, et al. Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Ann Surgery*. 2007; 245(2):159-69.
9. Brock D, Abu-Rish E, Chiu CR, Hammer D, Wilson S, Vorvick L, et al. Interprofessional education in team communication: working together to improve patient safety. *BMJ Qual Safety*. 2013; 22(5):414-23.
10. Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. Washington (DC): Interprofessional Education Collaborative; 2011.
11. The Interprofessional Curriculum Renewal Consortium. Curriculum Renewal for Interprofessional Education in Health. Sydney: Centre for Research in Learning and Change, University of Technology; 2013.
12. Anderson E, Thorpe L, Heney D, Petersen S. Medical students benefit from learning about patient safety in an interprofessional team. *Med Educ*. 2009; 43(6):542-52.
13. Coster S, Norman I, Murrells T, Kitchen S, Meerabeau E, Sooboodoo E, et al. Interprofessional attitudes amongst undergraduate students in the health professions: a longitudinal questionnaire survey. *International J Nurs Stud*. 2008; 45(11):1667-81.
14. Curran V, Sharpe D, Flynn K, Button P. A longitudinal study of the effect of an interprofessional education curriculum on student satisfaction and attitudes towards interprofessional teamwork and education. *J Interprof Care*. 2010, 24(1):41-52.
15. Costa MV, Vilar MJ, Azevedo GD, Reeves S. Interprofessional education as an approach for reforming health professions education in Brazil: emerging findings. *J Interprof Care*. 2014; 28(4):379-80.
16. Reeves S. An overview of continuing interprofessional education. *J Cont Educ Health Prof*. 2009; 29(3):142-6.
17. Freeth D, Ayida G, Berridge EJ, Mackintosh N, Norris B, Sadler C, et al. Multidisciplinary obstetric simulated emergency scenarios: promoting patient safety in obstetrics with teamwork-focused interprofessional simulations. *J Cont Educ Health Prof*. 2009; 29(2):98-104.

18. Mann K, Mcfetridge-Durdle J, Martin-Misener R, Clovis J, Rowe R, Beanlands H, et al. Interprofessional education for students of the health professions: the “Seamless Care” model. *J Interprof Care*. 2009; 23(3):224-33.
19. Reeves S. Community-based interprofessional education for medical, nursing and dental students. *Health Soc Care Commun*. 2000; 8(4):269-76.
20. Freeth D, Hammick M, Reeves S, Koppel I, Barr H. *Effective interprofessional education: development, delivery and evaluation*. Oxford: Blackwell; 2005.
21. Friedson E. *Professional dominance: the social structure of medical care*. New York: Aldine Publishing Company; 1970.
22. Reeves S, MacMillan K, van Soeren M. Leadership within interprofessional health and social care teams: a socio-historical overview of some key trials and tribulations. *J Nurs Manag*. 2010; (18):258-64.
23. Pecukonis E, Doyle O, Bliss DL. Reducing barriers to interprofessional training: promoting interprofessional cultural competence. *J Interprof Care*. 2008; 22(4):417-28.
24. Rees D, Johnson R. All together now? Staff views and experiences of a pre-qualifying interprofessional curriculum. *J Interprof Care*. 2007; 21(5):543-55.
25. Leslie K, Baker L, Egan-Lee E, Esdaile M, Reeves S. Advancing faculty development in medical education: a systematic review. *Acad Med*. 2013; 88(7):1038-45.
26. Lindqvist S, Reeves S. Facilitators’ perceptions of delivering interprofessional education: a qualitative study. *Med Teacher*. 2007; 29(4):403-5.
27. Wilhelmsson M, Pelling S, Ludvigsson J, Hammar M, Dahlgren LO, Faresjö T. Twenty years experience of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable. *J Interprof Care*. 2009; 23(2):121-33.
28. Reeves S. *Developing and delivering practice-based interprofessional education*. Munich: VDM Publications; 2008.
29. Cooper H, Carisle C, Gibbs T, Watkins C. Developing an evidence base for interdisciplinary learning: a systematic review. *J Adv Nurs*. 2001; 35(2):228-37.
30. Hammick M, Freeth D, Koppel I, Reeves S, Barr H. A best evidence systematic review of interprofessional education. *Med Teacher*. 2007; 29(8):735-51.
31. Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*: CD002213; 2008.
32. Reeves S, Goldman J, Sawatzky-Girling B, Burton A. A synthesis of systematic reviews of interprofessional education. *J Allied Health*. 2010; 39 Supl 1:S198-S203.

Reeves S. Porqué necesitamos la educación interprofesional para mejorar la prestación de una atención segura y eficaz. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(56):185-96.

La educación interprofesional (IPE) es una actividad que implica dos o más profesiones que aprenden de manera interactiva, en conjunto, para mejorar la colaboración y la calidad del cuidado. La investigación ha revelado continuamente que los profesionales de salud y cuidado social encuentran una gama de problemas con coordinación interprofesional y colaboración que afectan a la calidad y seguridad de la atención. Este trabajo empírico a resultado en políticas a través de la educación e y la práctica en salud para invertir en IPE e ayudar a resolver estos fracasos de colaboración. IPE proporcionará profesionales de salud y atención social con las habilidades para trabajar juntos de manera efectiva para proporcionar atención segura de alta calidad a los pacientes. A través de una discusión de una gama de cuestiones profesionales, educativas y de organización relacionadas con IPE, este documento sostiene que este tipo de educación es una importante estrategia para mejorar la prestación de una atención segura y eficaz.

Palabras clave: Educación interprofesional. Aprendizaje colaborativo. Colaboración interprofesional. Trabajo en equipo. Seguridad del paciente.

Recebido em 06/02/15. Aprovado em 17/02/15.

A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões

The interprofessional education in Brazilian context: some reflections

La educación interprofesional en el contexto brasileño: algunas reflexiones

Marcelo Viana da Costa^(a)

O artigo de Scott Reeves mobiliza reflexões necessárias ao processo de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil, sob o olhar da educação interprofissional - EIP. O texto merece especial atenção por trazer aspectos relevantes e coerentes com o atual projeto político de fortalecimento e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A história da educação interprofissional mostra seu surgimento como estratégia capaz de melhorar a qualidade da atenção saúde a partir do efetivo trabalho em equipe, na perspectiva da prática colaborativa. Essa perspectiva efetiva processos de formação capazes de estabelecer relações mais colaborativas entre os profissionais da saúde, assegurando maior segurança ao paciente, redução de erros dos profissionais de saúde e de custos do sistema de saúde, entre tantas outras vantagens trazidas pela literatura.

Para a realidade brasileira a EIP tem um significado muito peculiar, além dos já trazidos por Reeves. A história de construção e consolidação do SUS é marcada pelo debate sobre integralidade, necessidades sociais e de saúde, com relevantes contribuições teóricas em torno da compreensão de trabalho em saúde, eminentemente coletivo. Nessa direção a EIP, em suas bases teóricas e metodológicas, complementam e fortalecem os ideários do SUS e fornece subsídios para a construção de um projeto novo de sociedade, a partir da concepção ampliada de saúde.

Tomando a concepção ampliada de saúde como mote de construção do Sistema Único de Saúde, compreendendo a dinamicidade e complexidade das necessidades de saúde no contexto sócio-histórico, o debate sobre trabalho em equipe sempre esteve presente, ainda que com diferentes enfoques, no processo de formação em saúde. De modo geral, esse debate esteve mais centrado no campo teórico do que na materialização de processos de ensino e aprendizagem capazes de formar profissionais mais aptos à colaboração no trabalho em equipe. Com isso, os pontos trazidos pelo autor é um convite para observar as contribuições do modelo atual de formação no Brasil para a qualificação de profissionais de saúde para o efetivo trabalho em equipe.

Na última década, induzidos por importantes políticas interministeriais, muitos problemas da formação profissional em saúde foram superados, na busca de reorientar a lógica do ensino na saúde. Foram importantes ganhos no fortalecimento da interação ensino, serviço e comunidade, adoção de estratégias

^(a) Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. BR 405, Km 135. Pau dos Ferros, RN, Brasil. 59900-000. vianacostam@yahoo.com.br

metodológicas mais ativas e mudanças curriculares que incorporaram relevantes transformações na dinâmica da educação dos profissionais de saúde.

Porém, é preciso ter clareza que mesmo com os avanços obtidos, há resistência para o rompimento do modelo atual de formação, que reverbera na legitimação do atual modelo de atenção à saúde pautado na forte divisão do trabalho. Apesar dos ganhos expressivos atuais em várias vertentes, os profissionais continuam sendo formados separadamente, para no futuro trabalharem juntos, incoerência que traz importantes implicações para a qualidade da atenção oferecida no âmbito do SUS.

A lógica e estrutura atual do ensino superior são, obstáculos para a educação interprofissional. No contexto do ensino universitário as estruturas físicas representam importantes barreiras. Os cursos funcionam em estruturas próprias, legitimando e fortalecendo a separação e dificultando a interação entre os cursos da área da saúde. Contudo, a barreira cultural ainda é o maior desafio. A lógica da formação específica é muito forte e exerce importante influência na construção das identidades profissionais. Corroborando com esses cenários, o processo de formação é muito conteudista e dificulta a adoção de estratégias capazes de formar atitudes, habilidades e valores pautados na colaboração.

Desvela-se assim, um desafio a ser pensado/enfrentado: formar profissionais de saúde dispostos e aptos a trabalhar juntos num contexto institucional onde o “natural” é a formação em separado. Destarte, no atual contexto, é uma necessidade reforçar a necessidade de fortalecer a compreensão de que as especificidades são complementares e que o trabalho e a educação interprofissional sustentam a lógica de um trabalho mais efetivo no atendimento das complexas e dinâmicas necessidades sociais e de saúde, atribuindo-lhes centralidade.

O texto de Reeves, por sua vez, deve ser considerado como leitura orientadora de novos processos de formação para o trabalho colaborativo em saúde. Algumas políticas atuais, tais como o PROPET-Saúde, VER-SUS e outras começam a estimular a interprofissionalidade na formação. Outras instituições também caminham nessa direção, interessadas na efetivação de um novo desenho curricular que possibilite aos profissionais de saúde novas formas de pensar e uma nova dinâmica de produção dos serviços de saúde mais integrais, coerentes com as necessidades sociais e de saúde.

Essas mudanças se apresentam no cenário brasileiro de diversas formas. Desde a adoção de disciplinas comuns aos diferentes cursos da área da saúde, desenho de currículos interprofissionais, até a adoção da interprofissionalidade no âmbito das residências multiprofissionais. São todas iniciativas importantes, muitas delas frutos das atuais políticas, e que podem se constituir como potente espaço de fortalecimento da EIP no Brasil.

Os esforços atuais e futuros encontram no texto de Reeves fundamentação teórica e metodológica necessária à efetivação da EIP. O texto faz importantes provocações no sentido de compreender que juntar alunos ou profissionais de diferentes categorias profissionais num mesmo espaço, não significa a materialização da interprofissionalidade. O fortalecimento e consolidação da EIP exige clareza no reconhecimento e na intencionalidade da prática colaborativa como resultado futuro e o efetivo trabalho em equipe como horizonte dos processos adotados hoje. Por isso, o autor reitera quão desafiador é implantar a EIP.

Por todos os pontos trazidos, o texto de Reeves é um convite para reflexão dos diferentes cenários, no sentido de identificar o que já foi feito e os caminhos que precisam ser seguidos. Cada vez mais cresce no Brasil o interesse e a compreensão da relevância da EIP para dar robustez aos históricos processos de mudanças adotados no Brasil. Assim, é uma necessidade conhecer, de fato, as iniciativas alicerçadas pela EIP, construir evidências dos ganhos obtidos e avançar em processos mais sólidos e sustentáveis que apontem para a efetivação, em curto prazo, da interprofissionalidade e, no longo prazo, da melhoria da qualidade da atenção à saúde.

Por fim, e resgatando novamente as grandes contribuições do Prof. Scott, é necessário reforçar os desafios impostos e que apontam para a busca de apoios institucionais, de respaldo nas políticas atuais e futuras, da qualificação do corpo docente para a EIP, no fortalecimento das relações entre universidade, serviços e comunidades, da necessidade de investimento na mudança das relações interprofissionais e interpessoais dos muitos atores envolvidos na formação e na produção dos serviços de saúde, entre outros. Mas, acima de tudo, é importantes acreditar na vontade política de avançar nessas mudanças. O debate trazido pelo Prof. Scott Reeves reacende o desejo por um sistema de saúde ainda mais forte e atrelado às lutas por uma cidadania plena.

Recebido em 22/04/15. Aprovado em 17/08/15.

O SUS é interprofissional

The SUS is interprofessional

El SUS es interprofesional

Marina Peduzzi^(a)

O artigo do professor Scott Reeves traz amplo panorama da educação interprofissional (EIP) no cenário global e nos ajuda a compreender porque e como ampliar este debate e prática no Brasil.

Inicia esclarecendo o contexto em que emerge a EIP que consiste, de um lado, no gradativo reconhecimento da complexidade e abrangência do que são saúde e doença, suas múltiplas dimensões orgânicas, genéticas, psicossociais, culturais e sua determinação social, visto que o processo saúde doença é também expressão da vida e trabalho, isto é, do modo como indivíduos família e grupos sociais estão inseridos na sociedade. De outro lado, e relacionado ao primeiro, decorre da complexidade da rede de atenção à saúde e a necessária coordenação e colaboração entre profissionais e os próprios serviços.

O artigo também trata de aspectos organizacionais que contribuem ou que constituem barreiras para a EIP e de evidências que mostram resultados produzidos na qualidade da formação e da atenção à saúde por esta abordagem educacional.

Refere que o apoio organizacional é crucial para o sucesso da EIP. São necessárias lideranças com interesse, conhecimento e experiência tanto para incluir a EIP na agenda da educação, como para construir e implementar uma agenda própria que permita o desenvolvimento dessa modalidade de formação profissional. Também é crucial o compromisso da gestão educacional e da política institucional para apoio efetivo, visto que é necessário um conjunto de iniciativas e recursos para impulsionar a EIP. O envolvimento de professores e profissionais de saúde ligados aos serviços onde estudantes desenvolvem práticas de aprendizado também é necessário. O autor ressalta que construir um grupo de trabalho com entusiasmo pelo desafio de superação do modelo tradicional de educação - uniprofissional e estritamente biomédica, é fundamental.

Também o artigo refere necessidade de construir programas educacionais e currículos que incluam a EIP e a adoção de métodos de ensino inovadores que estimulem o que constitui característica da EIP – o aprendizado compartilhado de forma interativa.

Alguns desafios são destacados como a articulação de atividades interprofissionais e específicas de cada área profissional, visto que ambas integradas permitem o aprendizado do conjunto de competências necessárias

^(a) Departamento de Orientação Profissional, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.
marinape@usp.br

para o trabalho em equipe e a prática interprofissional colaborativa. Tanto os programas de ensino como professores e estudantes tendem a hipervalorizar o específico, que é sem dúvida importante para a futura atuação responsável e a contribuição que cada profissional fará no cuidado às necessidades de saúde. O que parece insuficiente é limitar a formação dos profissionais de saúde à sua área específica, pois como apontado acima há o crescente reconhecimento da complexidade e abrangência das necessidades de saúde. Também é um desafio incorporar as iniciativas de EIP como obrigatórias na grade curricular, pois sendo eletivas tenderão a ser selecionadas pelos estudantes mais sensíveis às mudanças, o que tende a limitar seu impacto.

As resistências têm raízes histórico-sociais que o autor retoma ao apontar as iniquidades existentes entre as diferentes profissões que compõem o campo da saúde. As diferenças dos saberes e práticas profissionais, constituídas também historicamente, permitem que cada profissão contribua com sua expertise no que se refere ao reconhecimento e as respostas às necessidades de saúde, que se esperam sejam definidas de forma participativa, com usuários, famílias e comunidades. Contudo, convivem diferenças e iniquidades na atuação dos profissionais de saúde, que como assinala o artigo, comprometem a qualidade dos serviços prestados visto que estes requerem coordenação e colaboração.

A EIP visa promover que estudantes dos diferentes cursos de graduação em saúde e profissionais inseridos nos serviços “aprendam a trabalhar juntos de forma colaborativa”. Assim, se reconhece na proposta de EIP a relação recíproca de mútua influência entre educação e atenção à saúde, sistema educacional e sistema de saúde. Neste sentido é que o Sistema Único de Saúde (SUS) é interprofissional, construído e consolidado como espaço de atenção à saúde, educação profissional, gestão e controle social, orientado pelos princípios de integralidade, equidade, universalidade e participação.

O SUS e a Estratégia Saúde da Família (ESF) são reconhecidos no contexto nacional e internacional como importante contribuição para reforma de sistemas de saúde que respondam de forma pertinente, tanto na dimensão tecnológica como ética, às necessidades de saúde das populações^{1,2}. Estudo do impacto da ESF mostra o sucesso da abordagem integral que articula ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde³, o que requer atuação integrada e colaborativa de um amplo elenco de profissionais de saúde para além do médico: agentes comunitários de saúde, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, cirurgiões dentistas, auxiliares e técnicos de saúde bucal e os profissionais inseridos nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, psicólogos e outros - daí o caráter eminentemente interprofissional da atenção à saúde e da formação dos profissionais.

Literatura sobre EIP e prática colaborativa mostra que não se trata de um objetivo colocado no horizonte distante, mas sim de mudanças efetivamente necessárias para a melhoria do acesso e qualidade da rede de atenção, o que está fundamentado tanto no contexto acima assinalado, como nas evidências trazidas pelos estudos sobre o tema, como bem apresenta o artigo.

No Brasil houve um avanço maior do trabalho em equipe e da prática interprofissional na organização dos serviços e no cotidiano de trabalho dos profissionais, em descompasso com a ainda incipiente EIP^{4,5}. Portanto há muito que avançar na educação e prática interprofissional colaborativa e para tal é preciso o envolvimento e apoio de diversos atores sociais como: Instituições de Ensino Superior (IES) e Educação Profissional, instâncias governamentais (federal, estaduais, municipais) para que as políticas de saúde e de educação incorporem EIP e prática interprofissional no conjunto de mudanças propostas. Também é crítica a ação dos órgãos de regulação das práticas profissionais, pois sua participação é crucial para a mudança do paradigma ainda centrado na auto-regulação das profissões, para um paradigma de regulação que incorpore a defesa da saúde como direito e interesse público, que remetem a abordagem interprofissional dada a integralidade da saúde⁶.

Nessa perspectiva é importante o debate em torno da ampliação do escopo de prática das profissões da saúde, de modo que os profissionais de cada área façam tudo que foram formados para fazer e atuem com o conjunto de suas competências. As profissões não são estáticas e mudam à medida que mudam o perfil populacional, as necessidades de saúde e o modo de organização dos serviços e de cuidado em saúde.

Para fortalecer a EIP e prática colaborativa no país é preciso estar atento às resistências, entre elas ao risco de reiterar conceitos e modelos tradicionais de auto-regulação e abordagem biomédica estritos, bem como de atuação profissional isolada e independente em um campo da saúde cada vez mais complexo, interprofissional e interdisciplinar. O risco mencionado se refere à dialética entre ação e seus significados, veiculados pela linguagem e comunicação, pois como aponta Charmaz⁷ (p. 983): “Ações produzem significados e significados modelam ações. Nós precisamos estar atentos aos significados sociais dominantes nos quais as pessoas se inspiram em suas ações”.

Referências

1. Harris M, Haines A. Brazil's Family Health Programme. *BMJ*. 2010; 341:c4945 doi:10.1136/bmj.c.4945.
2. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances and challenges. *The Lancet*. 2011; 377:1778-97.
3. Rasella D, Harhay MO, Pamponet ML, Aquino R, Barreto ML. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a Nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*. 2014; 349:g4014 doi:10.1136/bmj.g4014.
4. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm. USP* 2013; 47(4):977-83.
5. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS* 2012; (2).
6. Bourgeault IL, Grignon M. A comparison of the regulation of health professional boundaries across OECD countries. *Eur J Comp Econ*. 2013; 10(2):199-223.
7. Charmaz K. Premises, principles and practice on qualitative research: revisiting the foundations. *Qual Health Res*. 2004; 14(7):976-93.

Recebido em 15/05/15. Aprovado em 30/05/15.

Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes

Interprofessional education in the teaching of the health professions: shaping practices and knowledge networks

La educación interprofesional en la formación en salud: tejiendo redes de prácticas y conocimiento

Nildo Alves Batista^(a)

Sylvia Helena Souza da Silva Batista^(b)

Ler e aprender com o artigo 'Why we need interprofessional educational to improve the delivery of safe and effective care', do professor Scott Reeves revela-se uma oportunidade singular de trocar, ampliar olhares e projetar novos caminhos para a formação de profissionais de saúde melhor preparados para práticas compartilhadas, resultante de um trabalho em equipe comprometido com a integralidade no cuidado.

Como educadores do campo da saúde, envolvidos em uma experiência de formação interprofissional em um campus de expansão de uma universidade pública federal da região sudeste, suas palavras e provocações nos inspiram ao debate sobre uma formação coadunada com o Sistema Único de Saúde, na defesa da vida e de uma educação emancipatória.

A partir deste lugar, educadores inseridos e co-partícipes de uma proposta de formação em saúde fundamentada na educação interprofissional^(c), e tal qual o garimpeiro que vai em busca de indícios de terras preciosas, percorremos o texto com o olhar atento de quem encontra significado em cada tópico e com uma atenção flutuante de quem se imbrica com os argumentos, os estranha e, dialeticamente, os reconhece como familiares.

Reeves analisa as experiências de educação interprofissional (EIP) no modelo de formação em saúde constituído por duas etapas: a de pré e a de pós qualificação, exploradas no Brasil por universidades do Estado da Bahia, mas ainda pouco conhecida na maioria das instituições de ensino superior do país, constituída pelos projetos de bacharelado interdisciplinar em saúde e profissionalização específica a posteriori.

O autor salienta os potenciais e os limites destas experiências nas duas etapas, reconhecendo sua pertinência na fase de pré qualificação (os Bacharelados Interdisciplinares) e a possibilidade de reforço e aprofundamento na etapa pós qualificação (a profissionalização específica). Enfatiza pontos bastante relatados

^(a) Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), campus Baixada Santista. Rua Silva Jardim, nº 136, Vila Mathias. Santos, SP, Brasil. 11060-001. nbatista@unifesp.br

^(b) Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Unifesp, campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. sylvia.batista@unifesp.br

^(c) A partir das políticas indutoras da saúde e educação no Brasil, o Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo desenvolve, desde 2006, um currículo interdisciplinar e interprofissional, para as graduações de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Nesta proposta formativa, os estudantes dos seis cursos experienciam aprendizagens compartilhadas e treinamentos conjuntos durante os anos de graduação. Uma pesquisa com egressos desta experiência, realizada pela aplicação do questionário RIPLS adaptado para o contexto brasileiro, seguida de uma entrevista semi-estruturada de aprofundamento, mostra satisfação dos mesmos com a formação recebida, as potencialidades da EIP para o trabalho em equipe no cotidiano profissional, bem como a construção e o reforço de suas identidades profissionais.

^(d) Utilizamos a expressão *prontidão* considerando seu uso bastante presente em várias publicações sobre EIP, mas sublinhamos que a compreendemos como *um estar sendo, em processo* e não como um ponto ótimo no curso do desenvolvimento e da aprendizagem.

na literatura internacional sobre os benefícios da EIP como a prontidão^(d) dos estudantes e a redução de posturas estereotipadas e muitas vezes hostis entre as profissões.

A vivência de aprendizagens interativas na EIP é reconhecida como promotora do desenvolvimento de competências para a prática colaborativa. Concordamos plenamente com o autor quando adverte a importância de que estas experiências sejam tomadas como curriculares, evitando classificá-las como optativas e, assim, vistas como de menor importância na formação do futuro profissional.

Um desafio enfatizado refere-se ao lugar do docente: Reeves destaca a relevância da competência do professor como mediador nas situações de aprendizagem ancoradas na EIP. Esta competência abrange um conjunto de dimensões que vão desde as experiências prévias, a intencionalidade para o trabalho em grupo interprofissional, a flexibilidade e a criatividade para vivenciar as situações de maneira compartilhada com os estudantes, até o envolvimento e compromisso docente com a EIP.

A mediação docente nesta perspectiva inscreve, assim, uma concreta demanda por desenvolvimento docente, situando-o como um eixo central frente às experiências de inovação educativa, ao complexo processo de discutir as identidades profissionais na formação e à potência de espaços de troca de saberes e práticas entre os professores. Configura-se, desta maneira, um desenvolvimento docente que, em sua realização e materialidade, caracteriza-se, também, como uma experiência interprofissional: colaborativa, significativa, interativa e produtora de saberes compartilhados.

O desenvolvimento docente evidencia-se nas experiências nacionais também como nuclear: os estudos^(e) trazem como elementos estruturantes a necessidade de construção de uma docência em comum, agregando professores com diferentes formações e profissões, bem como a importância da formação do professor em ambientes interprofissionais. Aprende-se a ensinar na perspectiva da EIP, ensinando e refletindo sobre as experiências, construindo saberes, estratégias e projetos coletivos.

Há resistências docentes em propostas de EIP e superá-las demanda não somente movimentos dos professores em seus processos de aprendizagem sobre a docência, mas implica, fortemente, na garantia de suporte institucional por meio de políticas de financiamento e valorização da docência interprofissional, comprometida com uma formação em saúde baseada na integralidade do cuidado. Faz-se importante a criação de uma cultura acadêmica que situe as práticas colaborativas e compartilhadas entre os professores como praxis universitária, alterando as lógicas de trabalho isolado, regido por méritos estritos da publicação e que localizam as profissões como ofícios pensados em si mesmos.

Neste processo, a referência dada às práticas avaliativas merece um olhar atento: que projetos e propostas de avaliação articulam-se com a perspectiva da interprofissionalidade? A avaliação como processo-projeto de interlocução crítica, de elaboração coletiva de indicadores e parâmetros, de registro das experiências em suas dimensões descritivas e, também, em suas dimensões simbólicas, de possibilidades de combinação de diferentes instrumentos e estratégias possibilitando desvelar diferentes olhares e percepções. Inscreve-se a avaliação como uma das âncoras de sustentabilidade da EIP e, igualmente, apresenta-se o desafio de construção de métricas avaliativas que promovam autonomia e empoderamento.

Na direção de sistematizar um conjunto de informações, achados e conclusões sobre a EIP, Reeves apresenta uma análise crítica sobre as evidências científicas

^(e) No que se refere às pesquisas com os professores do Campus Baixada Santista/Unifesp instigantes têm sido os achados no tocante aos professores iniciantes e experientes, às concepções de interdisciplinaridade e interprofissionalidade, às práticas no eixo comum Trabalho em Saúde e a identidade docente frente à EIP, as práticas e concepções de docentes participantes nas políticas indutoras do Pró-Saúde e PET-Saúde.

e a qualidade dos trabalhos publicados sobre a temática, reunidos em seis revisões sistemáticas envolvendo mais de duzentas pesquisas realizadas nas últimas três décadas. As convergências identificadas em torno das concepções de EIP, da combinação de diferentes estratégias de aprendizagem, da ênfase à avaliação formativa, parecem sinalizar uma compreensão mais consistente e coerente nas experiências de educação interprofissional.

A análise crítica das pesquisas que avaliam as experiências de EIP selecionadas nas revisões sistemáticas permite uma visualização instigante : (1) a maioria das experiências pesquisadas tem uma curta duração (entre um e cinco dias) e são descritas de maneira muito sumárias; (2) as limitações metodológicas são pouco exploradas; (3) a maioria dos estudos avaliam os impactos da EIP a curto prazo; (4) o dimensionamento das mudanças produzidas nas práticas profissionais ainda carece de um número muito maior de pesquisas; (5) as vozes dos estudantes sobre percepções positivas ao final de uma experiência de EIP emergem como privilegiadas na maioria dos estudos; (6) investigação de modificação de comportamento traduzido na prática, mudança organizacional e repercussão na melhoria da assistência ainda são pouco exploradas.

Apesar dessas limitações, Reeves aponta para uma tendência atual de melhoria na qualidade dos estudos relacionados com a EIP no mundo.

Nestes movimentos de entender, implicar-se, projetar e dialogar propostos por Reeves, encontramos na perspectiva da rede uma ancoragem teórico-metodológica para buscar articular e trançar as dimensões discutidas no texto. Rede compreendida como espaço de circulação simbólica nas interações que incorpora constituintes individuais e sociais em uma dialética que se inscreve em dado lugar e tempo. E assim, movimentos grupais e movimentos institucionais tecem modos de fazer a educação interprofissional em saúde.

Neste âmbito, uma resposta possível à questão-título proposta por Reeves insere-se, a partir de nossas leituras e experiências, em porques que acreditamos, na realidade brasileira, inspirados nas ideias de Paulo Freire, na consolidação do Sistema Único de Saúde e na integração ensino/serviço a EIP (des) revela uma potência de sintonia com as demandas sociais.

Manoel de Barros¹ faz uma afirmação e um convite:

[...] A expressão reta não sonha.
 Não use o traço acostumado.
 O olho vê, a lembrança revê, a imaginação transvê.
 É preciso transver o mundo.
 Isto seja:
 Deus deu a forma. Os artistas desformam.
 É preciso desformar o mundo:
 Tirar da natureza as naturalidades.
 Fazer cavalo verde, por exemplo.
 Agora é só puxar o alarme do silêncio que eu saio por aí a desformar [...]. (p. 75)

Nossa aposta, reforçada com o diálogo com Scott Reeves, é que a EIP possa ser um instrumento formativo que nos provoque a fazer cavalos verdes na formação em saúde.

Referências

1. Barros M. Livro sobre nada. São Paulo: Record; 1997. p. 63 e 75.

Recebido em 19/05/15. Aprovado em 30/05/15.

Réplica

Reply

Respuesta

Scott Reeves^(a)

Gostei imensamente de ler os três artigos escritos pelos professores Nildo Alves Batista e Sylvia Helena, Marcelo Viana da Costa e Marina Peduzzi, em resposta ao meu artigo de revisão sobre educação interprofissional (EIP). Acho que, juntas, essas contribuições abordam vários pontos muito importantes sobre EIP no contexto brasileiro. Cada artigo explorou cuidadosamente uma gama de elementos diferentes, mas interconectados, relacionados ao desenvolvimento e à implementação da EIP em um país que apenas recentemente se engajou nesse tipo de formação de profissionais da saúde.

Com base em minhas experiências com EIP no Reino Unido, Canadá e Estados Unidos, o que venho fazendo há mais de vinte anos, posso afirmar que esses autores forneceram uma descrição bastante útil dos principais desafios pedagógicos, profissionais e organizacionais que podem impedir que a EIP seja semeada, alimentada e sustentada de forma bem-sucedida. Portanto, sugiro que os colegas brasileiros em vias de se engajar na EIP em suas respectivas instituições considerem os vários elementos destacados nesta coleção de artigos sobre o tema; assim, estarão mais preparados para lidar com uma série de questões (de ensino/aprendizagem, logísticas, financeiras, entre outras) que encontrarão em seus trabalhos de desenvolvimento de currículo baseados na EIP, e estarão mais preparados para superar tais questões.

Além disso, esses artigos fornecem um ponto-de-partida muito útil para que reflitam sobre os próximos passos da EIP no Brasil. Neste ponto, alguém poderia fazer a seguinte pergunta: para onde iremos a partir daqui? De minha parte, acredito que a leitura crítica da literatura na área de EIP é extremamente importante. Isso ajudará colegas a revisarem a natureza da base de evidências da EIP para que compreendam quais abordagens têm sido bem-sucedidas e quais têm sido mais problemáticas. Obviamente, é necessário empreender uma interpretação contextual cuidadosa para garantir que os resultados de pesquisas geradas, por exemplo, na Europa Ocidental e na América do Norte, possam ser transferidos para o contexto brasileiro. Também acredito que engajar-se na teoria das ciências sociais é outro elemento-chave, não apenas para delinear e desenvolver a EIP, mas também para gerar análises detalhadas sobre a natureza desse tipo de educação e para perceber que fatores como desequilíbrios de poder/status profissional continuam a afetar profundamente as relações interprofissionais dos indivíduos

^(a) Kingston University & St George's, University of London, Centre for Health and Social Care Research, St George's Hospital, London, London SW17 0RE, United Kingdom. s.reeves@sgul.kingston.ac.uk

que participam da EIP (desenvolvedores, facilitadores e aprendizes). Os leitores que desejarem se aprofundar nessas questões poderão se interessar pelas obras listadas abaixo¹⁻³.

Acredito que o elemento central na construção da EIP no Brasil seja a necessidade de uma ação coletiva em meio a um grupo de colegas que tenham a mesma forma de pensar para que se possa expandir as atividades de EIP nos níveis local, regional e nacional. Colaborando uns com os outros, os colegas podem compartilhar seus sucessos, além de obter apoio e orientação. Com o tempo, isso pode produzir uma comunidade de prática brasileira em EIP vibrante e produtiva. Em relação a essa ideia, foi muito agradável saber que o trabalho aqui está em andamento e que os colegas estão começando a estabelecer uma rede nacional de EIP. Os esforços iniciais desse grupo interprofissional serão relatados neste periódico em breve.

Em resumo, conforme mencionado acima, os comentários dos meus colegas identificaram alguns elementos críticos a serem considerados ao se começar a implantar a EIP no Brasil. Espero que esses elementos, juntamente com as ideias que apresentei neste pequeno artigo-resposta, ofereçam materiais fundamentais para o avanço da EIP no país. Estou otimista e ansioso para receber notícias dos colegas sobre seu trabalho de construção de programas de EIP.

Referências

1. Reeves S, Hean S. Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. *J Interprof Care*. 2013; 27(1):1-3.
2. Reeves S. The need to problematize interprofessional education and practice activities. *J Interprof Care*. 2010; 24 (4):333-5.
3. Reeves S. Ideas for the development of the interprofessional field. *J Interprof Care*. 2010; 24(3):217-9.

Recebido em 26/10/15. Aprovado em 27/10/15.

O hospital psiquiátrico em diálogos atemporais

Bruno Ferrari Emerich^(a)
Silvio Yasui^(b)

“Por que a vida é muito simples: recebo de volta aquilo que dou”
Dizeres da cantina do Hospital Psiquiátrico Vera Cruz

Caro Silvio,

Cerca de três anos após participar de uma intervenção no Hospital Vera Cruz, localizado em Sorocaba (São Paulo), escrevo-lhe estas narrativas. Quando da intervenção, essa região do estado de São Paulo era considerada o maior polo manicomial do país, contando com sete hospitais e cerca de dois mil e setecentos leitos.

Estive por três dias inteiros no interior do Vera Cruz participando de um Censo Psicossocial dos internados. Se não tenho o talento de Cláudio Edinger¹ para transformar a realidade em fotografias vivas, espero ter sensibilidade narrativa para contar-lhe o que vivi por lá.

Acho importante ressaltar que o cenário descrito neste texto refere-se ao momento em que foi realizado o censo. Desde então, em Sorocaba, vários hospitais foram fechados, serviços foram abertos (como CAPS III, Serviços Residências Terapêuticos etc.). Havia, naquele momento, uma efervescência de ações psicossociais e devolução da vida a vários usuários que, por anos, foram mortificados (que parece não mais ferver tanto...), sempre atravessada por poderes ocultos da contrarreforma que incidem arditamente sobre o projeto de fechamento dos hospitais. Sugiro que dê uma olhada mais próxima no contexto da saúde mental no município, para que tire suas próprias conclusões.

Opto por usar o recurso da narrativa, para tentar trazer alguma compreensão à humanidade histórica apresentada pela relação de exclusão da loucura, entendendo que a ação narrada está inserida numa práxis social^{2,3} e pode ajudar a ressignificar as relações e a trazer à tona a voz dos que ainda permanecem silenciados, sem poder narrar a própria história, por muitas vezes, nem nome terem.

Estava a ler seu texto a respeito da importância de aprendermos a perguntar sobre nossas práticas de ofertas de cuidados a sujeitos ditos loucos⁴. Chamou-me a atenção o fato de termos avançado em muitos pontos da mudança na lógica de cuidados, porém com continuidades e repetições perigosas.

^(a) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária. Campinas, SP, Brasil. 13.083-887. brunoemerich@yahoo.com.br

^(b) Departamento de Psicologia Evolutiva, Social e Escolar, Faculdade de Ciências e Letras, UNESP – Univ Estadual Paulista. Assis, SP, Brasil. syasui@assis.unesp.br

Considerando a Reforma Psiquiátrica um processo composto por lutas de forças e poderes, é esperado que tenhamos avanços e retrocessos em seu curso. Ao tomarmos por base as dimensões jurídico-política, técnico-assistencial, sociocultural e epistemológica^{5,6}, que compõem este processo, são notórios vários importantes avanços. Temos uma Política Pública de Saúde Mental que tem investido na criação de uma rede substitutiva de cuidados, recentemente apostando em maior integralidade de ações por meio das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS), a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Têm-se construído formas de organizar as ações, práticas e serviços de saúde mental considerando que o sujeito não pode ser reduzido à doença⁷, e que a interface entre clínica e gestão é fundamental para o redirecionamento do modelo de cuidados⁸. Isto para citar alguns pontos, sem desconsiderar a importância de tantos outros, tantos que não caberiam neste texto.

Por outro lado, os sucessivos governos direcionam cada vez mais dinheiro público para o sistema privado de saúde^{9,10}. No campo de cuidados aos usuários de álcool e outras drogas, após anos de omissão, por entender que tal esfera era da área da justiça, temos financiamento público da área da saúde para internação em Comunidades Terapêuticas, desconsiderando-se os caros pressupostos do vínculo, longitudinalidade de cuidado, integração da rede de cuidados e laicidade do Estado brasileiro. Isto para citar alguns pontos, sem desconsiderar a importância de tantos outros, que também não caberiam aqui.

O que justifica, então, a permanência de porões da loucura, como os que descreverei a você abaixo?

Certamente, práticas manicomialmente podem prescindir dos muros hospitalocêntricos para existirem¹¹, mas o modelo clássico de tratamento por Instituições Totais¹² tira dos usuários o que mais os torna humanos: a singularidade e a liberdade. Por mais que se denominem “humanizados”, ou tenham boa hotelaria.

Para tentar reassurar o que me restou de identitário na breve estada no hospício, seguem excertos de um ainda vivo diário de campo. Se a experiência é o que nos toca, nos atravessa, nos acontece¹³, o pensar e a construção destas narrativas procuram dar sentido ao que somos e ao que nos acontece: a nós, trabalhadores; a nós, corpo social; a nós, cidadãos; a nós, usuários do Sistema Único de Saúde, no qual se inserem (sob gestão direta ou indireta) os Hospitais Psiquiátricos.

Abraços, e sigamos!

Caro Bruno,

Ler seu relato me deixou pasmo! Confesso que imaginava superada esta realidade que você vivenciou em plena segunda década do século XXI. Sua descrição me trouxe à memória os meus dias no Juquery, lá no início da década de 80 do século passado.

Resolvi tomar a sua descrição e a cada cena sua fazer um link para a minha cena.

Dia 1

Vera Cruz, 2012 - No corredor da ala de número que não me lembro, os interventores tinham por função conversar individualmente com cada interno, com o objetivo de confirmar se os prontuários do Hospital Psiquiátrico referiam-se aos internados, seus supostos donos. Se, por um lado, o prontuário é sempre visto em serviços de saúde como um instrumento burocrático, ou como uma obrigação instituída, pensei na subversão que seria usá-lo como estratégia instituinte: ver se os internados eram os que estavam no papel, fazer um Censo Psicossocial para examinar a existência de seus registros civis e avaliar graus mínimos de autonomia.

O dia quente ficava insuportável ao adentrar a ala. Era um corredor longo, dividido por grades, para que os internados não circulassem por todo o espaço. Nas laterais, ficavam os leitos e a sala de enfermagem.

Ao atravessar o portão de entrada, a partir da intervenção do carcereiro (ou enfermeiro?), fui abordado por alguns usuários.

Não entendi a lógica da divisão. Alguns conversaram comigo e, ao primeiro contato, estavam “mais normais” do que os que eu atendia no CAPS, ou discutia os casos em ações de matriciamento¹⁴

com as equipes das Unidades Básicas de Saúde. Cumprimentaram-me com aperto de mão, perguntaram-me o nome, quem eu era. Perguntaram qual era o meu time. Uma conversa trivial, a princípio.

Do final do corredor deste espaço onde todas as esferas da vida dos internados aconteciam sob a mesma autoridade¹², vinham os gritos infundáveis. Somado ao calor, que grudava a roupa ao corpo, vinha o cheiro de urina. Lembrei-me de nunca mais reclamar sobre a sujeira de qualquer banheiro. Ao excesso de estímulos sensoriais, somava-se a necessidade de contato dos internados. Contato físico: seguravam-me enquanto passava, agarravam, pediam para tirá-los de lá. Os com menor grau de autonomia gritavam, urravam.

Ao aproximar-me da última grade, uma sensação inominável me tomava o corpo. O cheiro de urina era extremamente forte. Os gritos, insuportáveis. Um dos internados, surdo, gritava sem parar, em meio aos outros. Fiquei a pensar: parecia representar a surdez institucional, onde nenhum pedido é podido, onde nenhum desejo tem vez, onde a voz é ignorada, quando ainda existe. Perdi a noção de tempo cronológico.

Juquery, anos 80 - Apesar de estar situado em um amplo e belo jardim, os pavilhões onde ficavam os internados eram, via de regra, abafados e escuros. O cheiro forte de urina, fezes e desinfetante barato, deixava o ar ainda mais carregado. Talvez isso explicasse o fato dos pacientes gostarem tanto de ficar no pátio.

Minha primeira impressão ao entrar em um hospital psiquiátrico foi antes do Juquery. No ano de 1976. Ansioso, fui sendo conduzido por um auxiliar de enfermagem até o pátio. Para minha surpresa e decepção, não encontrei nenhum "Napoleão Bonaparte", ou algo que chegasse perto do que imaginava como sendo loucura. A impressão era de mendigos que se aproximavam para pedir cigarro, pedir para ir embora. Mas a conversa com muitos era, como você relatou, "normal", "cotidiana". Alguns apresentavam uns tiques e alguma dificuldade para falar, enrolando a língua, o que, descobri depois, tratava-se do efeito colateral da medicação.

A certa altura, depois que minha presença já não era mais novidade, fui percebendo algo que estranhei inicialmente, mas que no Juquery percebi ser uma constante: apesar de estar repleto de pacientes, havia um incômodo silêncio, interrompido uma hora ou outra por alguém que gritava para o nada, por murmúrios ou gemidos longos de angústia. Raros eram os pacientes que conversavam. Quase todos estavam ensimesmados, cabisbaixos. Minha percepção que fui construindo ao longo dos anos é a de que muitos desistiram da vida. Eram apenas corpos esperando a morte.

Corpos estirados no chão, sem movimento. O tempo se arrasta, quase se paralisa. Não fosse o ciclo do dia e da alimentação, nada alteraria o quadro. Certa vez, depois de muitas discussões e enfrentamentos, colocamos um espelho em uma enfermaria feminina. Quase todas as mulheres se espantavam ao verem em seu rosto as marcas do tempo: – "Nossa quem é essa velha aí no espelho? Não pode ser! Eu era tão jovem!" A imagem do espelho produziu naquelas mulheres um duro reencontro com a dimensão do tempo que a mortificante rotina do hospital destruiu.

Bruno, de modo diferente do que a canção de Cazuza nos dizia, o tempo no manicômio para.

Vera Cruz, 2012 - Na minha frente, uma grade branca, do chão ao teto. Do outro lado, cerca de trinta internados se espremiavam contra ela, com as mãos por entre os vãos de ferro, procurando contato físico. Os funcionários estavam do lado protegido da grade, no intervalo em que ficavam os internados ditos "melhores".

Enquanto esperava o dono da chave abrir a grade para ir buscar o recenseado da vez, começou uma briga. Não sei o motivo, os barulhos se atravessavam, os gritos se sobrepunham. Duas pessoas começaram a socar-se, e caíram no chão. Os internados pareciam ter naturalizado a cena, tal qual naturalizavam as fezes e urina no canto da parede ao lado de onde as pessoas que brigavam caíram. Eu, do outro lado, fiquei momentaneamente sem estratégias para lidar com a situação. Senti-me um usuário em crise, como que sem estratégias para lidar com o inominável que de mim tomava conta, sem capacidade para nomear e elaborar o desconhecido que em mim se encarnava. Como num dado de realidade, ambos se levantaram e terminaram a briga por conta própria. Quando comecei a

perceber-me integrado novamente, um interno nu tentou escalar a grade, e caiu em cima de vários outros. Vários no chão, entre nus e vestidos. O que sobraria de subjetividade ali? - perguntei-me.

Juquery, anos 80 - No Juquery, uma centena de mulheres caminha sob um sol escaldante. Urubus são cuidados como aves de estimação. Muitas estão nuas, e suas pernas sujas de sangue e sujeira. Uma disputa os restos de comida com um desses urubus. Neste lugar, duas pacientes morreram por insolação. Seus corpos só foram descobertos no início da noite, quando sentiram falta na contagem. Que subjetividade pode haver? O que houver será prova da resistência do humano a situações de extrema violência. Podemos chamá-los de "os sobreviventes".

Vera Cruz, 2012 - O carcereiro chegou, e, quando eu disse o nome de quem entrevistaria, ele orientou-me a tomar cuidado, pois havia perigo. Neste meio tempo, um outro funcionário tinha passado para o lado dos internados, para trazer a pessoa para avaliação. Sempre que uma pessoa cruzava as grades, este funcionário tinha de segurar várias outras, que tentavam de lá sair. Ou não, não sei se procuravam sair. A ação de sair nem parecia compor alguma rota na vida deles. O senso de existência parecia restrito à sobrevivência, não a itinerários ou percursos.

Chegou o internado, à minha frente. Enquanto caminhava até mim, vestia uma camiseta. Estendi-lhe a mão, e ele a apertou cordialmente. Apresentei-me, dizendo meu nome e o que eu estava fazendo ali. Perguntei-lhe se ele gostaria de ir ao leito, onde poderíamos conversar com maior tranquilidade. Os gritos, o cheiro insuportável, o suor contínuo, a indefinição de contornos do corpo, me tomavam. Precisava de outro espaço para reconhecer-me, para então tentar reconhecer o outro, para poder escutar de fato um sujeito.

Não me preocupava com a denúncia de agressividade do interno, por parte do funcionário. Já tinha experiência de encontros com pessoas que, em dado momento, ficaram agressivas, e não me seria a primeira vez e nem o fim do mundo, se algo me acontecesse. Eu poderia apelar a meus colegas interventores, ou às teorias que estudei pela vida afora. Pensei, na hora, que ele há anos não tinha para quem pedir ajuda. O Estado estava a agredi-lo há tempos, sua identidade e singularidade foram mortificadas cotidianamente. Ele era o agredido.

Aceitou ir ao quarto. No quarto, olhando em seu olho, perguntei-lhe as condições de hospedagem, as ações cotidianas que conseguia exercer sozinho. Poucos minutos de conversa, ele disse que nada mais tinha a conversar, e voltou para a cela.

Enquanto ele voltava, eu procurava modos de interpretar o que eu vivera naqueles minutos. Não consegui articular Winnicott com Freud, nem Arouca com Amarante. Para me salvar, apareceu Álvaro de Campos: talvez um pouco de acidez para estapear-me, enquanto via o que produzimos sob o falso pretexto de proteção e suposto cuidado neste modelo de tratamento.

Olhei para o prontuário e a foto que lá constava correspondia à feição que vi, ao conversar com ele. Ele era ele mesmo. Pela foto, ele era ele mesmo. Mas o que dele sobrara, nesta experiência toda? Álvaro de Campos¹⁵ gritou-me, o suficiente para eu ouvi-lo em meio a tanto barulho: "sou quem falhei ser" (p. 338). Discordei dele, através de solilóquios. Ele, o interno, não era o que falhara ser, e sim nos esfregava na cara a nossa falha em considerá-lo sujeito, de desejos e direitos.

Obviamente, minha conversa mediúnica com uma das "personalidades múltiplas" de Fernando Pessoa não foi revelada a ninguém. Se assim fosse, certamente eu estaria lá até agora.

Juquery, anos 80 - Conheço uma paciente idosa, miúda, marcas do tempo em seu rosto de traços orientais. Sua idade era próxima aos 65 anos, embora aparentasse muito mais. Ela apenas falava japonês e tive dificuldade de compreender o que falava no meu pouco domínio da língua (coisas simples como bom dia, boa tarde, como vai). Olhando seu prontuário, descobri que havia sido internada no ano de 1938, aos 17 anos e nunca mais saiu. Mais de quarenta anos vivendo sem visitas e sem nenhum outro contato além do Juquery. Entre dezenas de páginas, havia poucas observações relevantes. Nenhuma referência à busca de contato com a família, a tentativas de localização. Nada. Apenas as prescrições de medicamentos e sessões de ECT. Um registro alguns anos após a sua entrada chamou a minha atenção: "paciente não fala português e limita-se a desenhar garranchos e linhas

desconexas nas folhas de papel". Este gesto continuou ao longo dos anos. Na verdade era uma frase escrita em hiragana, que é um tipo de escrita japonesa um pouco mais sofisticada, o que revelava que, provavelmente, a paciente havia avançado nos seus estudos no Japão. Fiquei surpreso ao descobrir a tradução da frase repetidamente escrita: "socorro, por favor me ajude". Logo buscamos alguém que soubesse falar bem o japonês para conversar com ela. Em vão. Após os mais de quarenta anos, mesmo um falante não conseguia mais compreender o que ela dizia. E continua repetindo, mecanicamente o mesmo gesto, desenhando a mesma frase que ficou sem escuta por décadas. Ela faleceu um ano depois desta nossa tentativa.

Somos nós que falhamos ser.

Dia 2

Vera Cruz, 2012 - Num cômodo da antiga construção, ficavam guardados os mais de quatrocentos prontuários dos internados do asilo.

Como no contato presencial com os internados alguns dados psicossociais não foram conseguidos, e nas páginas iniciais do prontuário não constavam informações pertinentes, tornou-se necessária a leitura integral dos prontuários. Qualquer informação que trouxesse vida aos sujeitos poderia ser uma ponte para a passagem seguinte, para construção de uma rede comunitária de cuidados e de relações. Naquele momento, tratava-se de construção de ponte, antes da construção de redes: sujeitos que fossem transpostos do muro que os cerceava, dos olhares que os esqueciam, do silêncio que os anulava: um telefone ou nome de familiar registrado em alguma anotação, nome da cidade de origem, número de benefício previdenciário ou qualquer outra informação que ajudasse na construção de novas trilhas existenciais.

Ao abrir um prontuário, que a princípio era mais um, deparei-me com uma carta.

No momento, quase que automaticamente a peguei, como um arqueólogo que procura pistas ou vestígios de algo que já não mais existe. Quase de súbito, parei: o que me dava o direito de ler uma carta de uma pessoa que não conhecia? Logo coloquei-me no meu lugar, novamente: o que poderia parecer invasivo, se posto de forma descontextualizada, na verdade era uma ação que ajudaria no resgate ou emergência de um sujeito.

Era uma carta sem data, porém perceptivelmente escrita há muitos anos (talvez décadas), os mesmos que o prendiam naquele lugar. O envelope branco trazia tinta azul borrada, sem intensidade. Estava aberto, na lateral, com rasgo a prender o envelope na tira de papel que dele se separava. A carta cheirava a mofo, com o papel amarelado, e a tinta estava não menos enfraquecida do que a história registrada no envelope.

O internado escrevia à mãe, dizendo que estava com saudades, e que não queria ficar no hospital psiquiátrico. Pedia que ela fosse visitá-lo no final de semana e que levasse a comida preferida dele, que parecia marcar o encontro dominical da família: macarronada.

Após a leitura desta parte inicial, confesso não me lembrar mais do restante escrito naquele pedaço de papel. Lembro de tê-lo lido por completo, mas uma sensação fragmentadora tomou-me conta.

Comecei a pensar: se a carta estava no prontuário, é sinal que não fora entregue ao destinatário. Poderia ter sido por endereço errado, dado pela família, ou poderia ter sido esquecida pela própria instituição no prontuário, sem que fosse enviada. No envelope, não constava registro de devolução por endereço errado ou desconhecido.

Com as poucas evidências interpretativas que tinha naquele momento, fez-me mais sentido que a carta tivesse sido arquivada pelo próprio hospital. Se, em momentos anteriores a este da intervenção, já tinha visto moradores sem nome, sem registro civil, sem história; se soubera de mortes não explicadas, em número muito maior do que poderia esperar-se¹⁶, por que acreditar que a carta tivesse sido enviada?

Passei a imaginar o sujeito sem informações a respeito do envio da carta, e, provavelmente, sem informações da família (visto que, no prontuário, não havia registro de visita ou, mesmo, de nomes ou endereços de familiares), aguardando algum sinal, qualquer encontro. Tentei pensar no cotidiano de décadas de isolamento, onde a desesperança provavelmente tenha se transformado em convivência, onde o protagonismo certamente transformou-se em figuração, ou melhor, em ostracismo.

Imaginei como seria levar esta carta ao sujeito, e ler para ele o conteúdo. O que faria ele? Reconhecer-se-ia? Indignar-se-ia? Ficaria indiferente, tal qual a instituição sempre fora com ele e com os outros mais de quatrocentos ali condenados à alta celestial? Certamente, seria uma importante mediação para um encontro clínico, porém, não era esta minha função, não haveria tempo para fazê-lo e, mais ainda, para construir sentidos disto junto a ele e continuar esta ação.

Angustiei-me. Indignei-me, como se me revelasse a ele, mesmo ausente.

Não se tratava de mais um prontuário.

Mais do que a carta que foi enviada e retornou sem ser aberta à sua origem, o que representaria o círculo de tudo que habita ou tangencia um hospício, ou de uma carta que não foi enviada, me tocava, naquele momento, a leitura que fez com que aquele sujeito voltasse a existir para alguém.

Certamente uma existência dilacerada, com formas de subjetivação a serem ressignificadas. Mas que parte da ideia de que a vida pressupõe movimento, e que a modulação de poder nas relações pode gerar resistência.

Gostaria de ter registrado em minha memória ou em alguma anotação o nome do interno. Gostaria de encontrá-lo algum dia, e acompanhá-lo nos itinerários daquela ou de outras cartas, na condição de usuário, não mais de interno. Provavelmente, com a perda de graus de autonomia e com a exponencialização dos efeitos gerados pela longa institucionalização, isto lhe seria interessante. A mim também.

Juquery, anos 80 - O abandono dos pacientes é também construído institucionalmente. Estar no manicômio já é sinal de que o esqueceram. Uma condenação a um isolamento perpétuo. Uma suspensão definitiva de seus mínimos direitos de cidadania. Seu relato da carta fez-me ecoar quantos pacientes me solicitaram escrever cartas para seus parentes os tirarem do hospício. Quantas cartas escrevi e quantas vezes tive de brigar para serem enviadas e acompanhar sistematicamente a resposta que quase nunca vinha.

Pinel, um dos criadores do hospital psiquiátrico, afirmava a importância do isolamento como um dos princípios fundamentais para o tratamento dos doentes mentais. Recomendava romper todos os laços e retirá-los do convívio social para melhor serem observados e tratados. Ainda hoje, em muitos lugares de "tratamento" a correspondência é vigiada e violada.

Que produção de subjetividade e que tipo de vida podem-se construir em um espaço que surge como espaço de isolamento e de restrição da liberdade? Como transformar uma instituição marcada secularmente por esta história?

Dia 3

Vera Cruz, 2012 - Nunca pensei que, aos 29 anos, voltaria a ficar desconfiado com o escuro. No anoitecer, no pátio do hospital psiquiátrico, deparei-me com esta sensação novamente.

Era o final dos trabalhos do terceiro dia da intervenção no hospício; intervenção esta judicialmente legitimada pelo Ministério Público e realizada por diversas instâncias do Estado, com a participação de pesquisadores e militantes de diversos locais do país.

Se a intervenção era diversa, o ambiente encontrado era massificado, como as descrições de Goffman¹² cravaram.

Em três dias de intervenção, nos mais de quatrocentos leitos, ocorreu a morte de dois internados e transferência de vários usuários para hospital geral, por questões clínicas.

Fui responsável pela coordenação do trabalho na "ala das crianças". Ala das crianças porque os internados entraram quando crianças. Atualmente, os cerca de trinta moradores encontram-se infantilizados, mas não mais crianças, pois pareciam ter perdido o direito de sonhar.

Numa conversa com um deles, perguntei há quantos anos ele estava internado. "Há cem anos", ele responde. Não satisfeito, devolvi. "Nossa, mas então quantos anos você tem?". "Quatrocentos", foi a resposta. Morando num quarto há cerca de vinte anos, sem pertences pessoais ou visita de familiares, sendo o domingo igual à segunda ou à terça, tendo a noção de tempo a partir das alimentações diárias, do nascer e pôr do sol...sintoma psicótico ou institucional?

Cheguei à conclusão de que o medo não era do escuro. Era do desconhecido que nos tornamos ao produzir tais condições na sociedade em que vivemos, no campo de trabalho em que atuamos. Se o olhar e escuta produzem subjetividade, como você tantas vezes me disse, qual seria produzida nesta lógica? Quais podem ser produzidas, com outros modos de cuidado?

Cerca de dez internados não tinham nome, nem documento qualquer, nem história no prontuário. Eram chamados por um nome escolhido por alguém (sabe-se lá quem os batizou institucionalmente), acompanhado pelo sobrenome indeterminado: Jorge Desconhecido, Carlos Anônimo.

O modo como cuidamos dos sujeitos, a clínica que construímos, as posições ético-políticas que escolhemos em ações e serviços nos formam, mas formam também quem atendemos. Não quero ser um Bruno Desconhecido, nem pactuar com ações no campo da saúde mental que tornem os outros Anônimos.

Juquery, anos 80 - Muitos dos pacientes que conheci tinham como nome no registro de seu prontuário: Fulano de Tal; Maria de Tal; José de Tal; Desconhecido 43, Desconhecido 41; Maria sem sobrenome; José sem sobrenome.

E muitos destes sabiam perfeitamente seu nome. Era comum apresentarem-se "José da Silva Sampaio, nascido em São Paulo, no ano de 1945. Meu Pai chama-se Raimundo Nonato da Silva Sampaio e minha mãe Maria da Silva Sampaio". E no prontuário o seu registro: Fulano de Tal. Mesmo afirmando e reafirmando seu nome e sua história, raramente o nome era modificado. Sua palavra pouco valia. O registro era mais importante do que a sua história e a narrativa de sua vida. A burocracia institucional era mais importante do que o encontro entre o paciente e o cuidador.

Vale aqui, diante de tantas lembranças e fatos revisitados e atualizados tristemente, lembrar Hannah Arendt.

*O domínio de Ninguém é claramente o mais tirânico de todos, pois aí não há ninguém a quem se possa questionar para que responda pelo que está sendo feito. É este estado de coisas que torna impossíveis a localização da responsabilidade e a identificação do inimigo, que está entre as mais potentes causas da rebelde inquietude espalhada pelo mundo de hoje, da sua natureza caótica, bem como da sua perigosa tendência para escapar ao controle e agir desesperadamente.*¹⁷ (p. 16)

Dias que virão...

Da minha aldeia vejo quanto da terra se pode ver no Universo...
Por isso minha aldeia é tão grande como outra qualquer
Porque eu sou do tamanho do que vejo
E não do tamanho da minha altura.... Alberto Caetano¹⁵ (p. 87)

Prezado Silvio,

A história da Reforma Psiquiátrica no Brasil ousa uma mudança paradigmática. De doença mental para saúde mental. De interno para usuário. De um único lugar de tratamento para o tratamento comunitário, ampliado, em rede. Da loucura do outro para a loucura como dimensão humana, entre nós, de todos nós.

Isto, como você bem viveu desde o Manifesto de Bauru, nunca foi nos dado facilmente. Foi sempre conquistado, disputado, tensionado.

Lembrei-me de um trecho de uma poesia do Álvaro de Campos¹⁵ (em que ele fala das agruras da vida por meio do suicídio, veja só!), em que ele diz: "Se ousares, ousa!" (p. 357). Se ousamos no passado, havemos de continuar a ousar no presente e futuro. Ou será assim, ou nada será das mudanças que queremos.

Ousarmos no fortalecimento do que conquistamos. Ousarmos criticar nosso caminho, para eventuais mudanças de percurso. Ousarmos na recusa a repetições de práticas excludentes, que tanto queremos superar. Evitarmos os "museus de grandes novidades", como diria o poeta popular dos anos em que você esteve no Juquery.

Afinal, o que queremos é que as pessoas possam ver mais coisas dentro de sua própria aldeia, como disse o Alberto Caeiro. Mas também esperamos que as pessoas possam, além de ver, experimentar, sentir, afetar-se, transformar-se. Nas aldeias ou lugares onde vivem, mas também em outras aldeias a serem descobertas. Aumentar o mundo, ser maior que a própria altura.

Isto não se faz trancado num hospital psiquiátrico.

É isso Bruno,

a vida é maior do que qualquer instituição e isso vale também para os CAPS. A pulsação desejante que emana das relações que estabelecemos deve ter o palco e o cenário da vida vivida em liberdade, que é o melhor modo de começar o cuidado.

Colaboradores

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

Referências

1. Edinger C. Madness. England: Dewi Lewis Publishing; 1997.
2. Ricoeur P. Tempo e narrativa. Campinas: Papirus; 1997.
3. Onocko Campos R, Furtato JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. Rev Saude Publica. 2008, 42(6):1090-6.
4. Yasui S. CAPS: aprendendo a perguntar. In: Lancetti A, organizador. Saúde Loucura. São Paulo: Hucitec; 1989. p. 47-59.
5. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
6. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
7. Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 51-67.
8. Onocko Campos R. Psicanálise e Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2013.
9. Bahia L. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. Cienc Saude Colet. 2008; 13(5):1385-97.
10. Santos NR. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. Cienc Saude Colet. 2013; 18(1):273-80.
11. Emerich BF, Onocko Campos R, Passos E. Direitos na loucura: o que dizem usuários e gestores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Interface (Botucatu). 2014; 18(51):685-96.
12. Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1974.
13. Bondia JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev Bras Educ. 2002; (19):20-8.

14. Campos GW, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.
15. Pessoa F. Antologia poética. Rio de Janeiro: Nova Aguilar; 2006.
16. Garcia MRV. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações de direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. *Rev Psicol Polit*. 2012; 12(23):105-20.
17. Arendt H. Sobre a violência. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1999.

O presente texto tem por objetivo apresentar um diálogo entre dois militantes da Reforma Psiquiátrica Brasileira que conversam sobre a imersão no cotidiano de hospitais psiquiátricos, mas a partir de vivências localizadas em diferentes tempos e em diferentes hospitais: Vera Cruz, em 2012, na cidade de Sorocaba; e Juquery, na década de 1980, em São Paulo. Bruno está em 2012, vivenciando um processo de intervenção em uma realidade manicomial que Silvio esperava já ter sido superada. Respeitadas as diferenças de lugares e das experiências por eles vividas, concluem que o modelo de tratamento proposto pelo hospital psiquiátrico apaga a fronteira do tempo e torna semelhantes as realidades que mortificam sujeitos e naturalizam práticas de segregação.

Palavras-chave: Hospitais psiquiátricos. Reforma Psiquiátrica Brasileira. Loucura. Desinstitucionalização.

Psychiatric hospitals in timeless dialogues

This paper aims to present a dialogue between two militants of the Brazilian Psychiatric Reform who talked about immersion in the daily life of psychiatric hospitals, but from experiences that were acquired in different hospitals and at different times: Vera Cruz, in the city of Sorocaba, in 2012; and Juquery, in São Paulo, during the 1980s. In 2012, Bruno experienced an intervention process within the reality of a psychiatric ward that Silvio had expected to have been surmounted. While respecting the differences in places and in experiences that they have been through, their conclusion is that the treatment model proposed by psychiatric hospitals has erased the boundaries of time and has led to similar realities that mortify subjects and naturalize segregation practices.

Keywords: Psychiatric hospitals. Brazilian Psychiatric Reform. Madness. Deinstitutionalization.

El hospital psiquiátrico en diálogos atemporales

El presente texto tiene el objetivo de presentar un diálogo entre dos militantes de la Reforma Psiquiátrica Brasileña que conversan sobre la inmersión en el cotidiano de hospitales psiquiátricos, pero a partir de experiencias localizadas en diferentes tiempos y en diferentes hospitales: Vera Cruz, en 2012, en la ciudad de Sorocaba y Juquery, en la década de 1980, en São Paulo. Bruno está en 2012, viviendo un proceso de intervención en una realidad de manicomio que Silvio esperaba que ya se hubiera superado. Respetadas las diferencias de lugares y de las experiencias vividas por ellos, concluyen que el modelo de tratamiento propuesto por el hospital psiquiátrico borra la frontera del tiempo y hace semejantes las realidades que mortifican a los sujetos y naturalizan prácticas de segregación.

Palabras clave: Hospitales psiquiátricos. Reforma Psiquiátrica Brasileña. Locura. Desinstitucionalización.

Recebido em 08/04/15. Aprovado em 14/06/15.

Trilha interpretativa como estratégia de educação em saúde: potencial para o trabalho multiprofissional e intersetorial

Maria Elisabeth Kleba^(a)
 Liane Colliselli^(b)
 Altamir Trevisan Dutra^(c)
 Eliara Solange Müller^(d)

Introdução

O Ministério da Saúde vem, ao longo das duas últimas décadas, incentivando e implementando dispositivos que promovam a integralidade como diretriz orientadora de práticas de cuidados e de educação desenvolvidas nos serviços do Sistema Único de Saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um desses dispositivos, estabelecendo, entre suas características: a integralidade da assistência, a abordagem multiprofissional, o estímulo à ação intersetorial e à participação da comunidade. Em 2012, o Ministério da Saúde reitera a ESF como central na implementação da Política Nacional de Atenção Básica, caracterizada “[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção, a proteção da saúde [...] e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral”.¹ (p. 19)

A atenção integral implica novas práticas de cuidado e de gestão, nas quais profissionais de saúde e usuários assumam a corresponsabilidade na construção das condições favoráveis à saúde pessoal e coletiva. Relações de vínculo e cooperação devem ser a base da interação em prol do bem-estar comum, o que requer processos de comunicação pautados no respeito, no compromisso, mas, também, na disponibilidade e na confiança mútua, atitudes que devem orientar as propostas de educação em saúde, seja no âmbito dos serviços, seja nas comunidades.

Nessa perspectiva, a Organização Mundial da Saúde salienta a promoção da saúde como um processo promovido junto com a população, não sobre ou para ela, para o que as pessoas necessitam ter garantidos direitos, recursos e oportunidades, com vistas a que suas contribuições sejam ampliadas e apoiadas. A promoção da saúde envolve o fortalecimento das habilidades das pessoas para agir, mas, também, a capacidade de grupos, organizações e da comunidade para influenciar os determinantes e condicionantes da saúde².

Os profissionais de saúde assumem, dessa forma, uma responsabilidade para além de sua atuação clínica, tendo como foco o fortalecimento das pessoas e da comunidade em sua capacidade de tomar decisões e agir favoravelmente em prol da saúde. A Carta de Ottawa refere o reforço à ação comunitária como um dos campos da promoção da saúde, e salienta que o desenvolvimento das

^(a) Área de Ciências da Saúde, Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Avenida Senador Atilio Fontana, 591-E, Bairro Efapi. Chapecó, SC, Brasil. 89809-000. kleba@unochapeco.edu.br

^(b) Curso de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó, SC, Brasil. liane.colliselli@uffs.edu.br

^(c) Área de Ciências da Saúde, Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Chapecó, SC, Brasil. miri@unochapeco.edu.br

^(d) Área de Ciências Exatas e Ambientais, Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Chapecó, SC, Brasil. eliaras@unochapeco.edu.br

comunidades se dá por meio do apoio social e do fortalecimento de sua capacidade de autoajuda, a partir dos recursos humanos, materiais e ambientais que essas disponibilizam². Nessa direção, a educação em saúde é apontada como estratégia essencial na promoção da saúde, para garantir informações e conhecimentos necessários à efetiva participação e ao empoderamento das pessoas e da comunidade².

Contribuir para a ampliação da autonomia e o empoderamento das pessoas requer ações e processos educativos autênticos, que oportunizem as pessoas assumirem a condição de sujeitos criativos, capazes de transformar a realidade e, a partir dessa transformação, transformar a si mesmos. O ser humano pode assumir papel ativo na história, intervindo de forma favorável sobre as condições que oprimem e que desumanizam, à medida que toma consciência de que a realidade pode ser transformada, e, ao mesmo tempo, de que ele é capaz de agir em prol dessa transformação³. Para Freire, educador e educando se reconhecem parceiros no ato, não apenas de desvelar a realidade e, dessa forma, conhecê-la de forma crítica, mas, também, de recriá-la, reconhecendo-se – na reflexão e ação compartilhada – seus refazedores permanentes⁴.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde, que contempla, entre seus objetivos, o incentivo ao protagonismo popular na melhoria de suas condições de saúde, enfatiza a importância de vivenciar “[...] experiências significativas como potências de transformação do contexto vivido, produzindo conhecimento e cultura”⁵ (p. 10).

Ter a emancipação como referencial no fazer cotidiano da saúde, pressupõe a construção de processos de trabalho onde os diversos atores possam se constituir sujeitos do processo de saúde e doença, contrapondo-se às atitudes autoritárias e prescritivas e radicalizando o conceito da participação nos espaços de construção das políticas da saúde em busca do inédito viável.⁵
(p. 6)

A proposta pedagógica aqui apresentada tem como diretriz orientadora a conformação de métodos e estratégias para a educação em saúde no exercício do trabalho, cumprindo o Art. 14 da Lei Orgânica da Saúde. Educação em saúde percebida como estratégia de promoção da saúde, com eixo orientador na integralidade articulada com a participação ativa da comunidade. Nesta perspectiva, foi adotada a trilha interpretativa como prática pedagógica, com o objetivo de promover a percepção das pessoas e instigar à reflexão sobre temas relacionados à saúde, de interesse de comunidades específicas.

O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) tem, entre suas estratégias, a premissa da integração do ensino com o serviço e a comunidade, com vistas a oportunizar, aos estudantes, práticas de ensino, pesquisa e produção de conhecimento mais próximas das reais necessidades dos usuários e dos serviços de saúde⁶. A Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) vem implementando seus projetos aprovados nos editais do Pró-Saúde, desde 2005, em parceria com os serviços de saúde do município de Chapecó e demais municípios da Região de Saúde do Oeste do Estado de Santa Catarina, localizado no Sul do Brasil.

Este artigo relata uma atividade desenvolvida com inserção em um desses projetos, como atividade interdisciplinar e multiprofissional de promoção da saúde no município de Caibi (SC), situado, aproximadamente, a 90 km de Chapecó (SC). As ações foram planejadas e desenvolvidas em conjunto por estudantes e professores dos cursos de: Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, em parceria com técnicos da Unochapecó, com a equipe da ESF e trabalhadores de outros setores daquele município.

Trilhas interpretativas como prática pedagógica no ensino da saúde

A experiência de utilizar trilhas interpretativas como prática pedagógica no ensino da saúde é resultado da articulação dos projetos *Vivências Interdisciplinares Multiprofissionais no Meio Rural* (VIM Rural) e *Natureza, Saúde e Bem-Estar* (NSBE), vinculados à proposta aprovada pela Unochapecó no edital do Pró-Saúde, em 2008. O VIM Rural visa incentivar e proporcionar ações de promoção e proteção da saúde às populações residentes no meio rural, por meio da articulação

entre estudantes, professores e técnicos da Unochapecó com profissionais da saúde e outros atores vinculados aos municípios parceiros. O NSBE visa promover atividades interdisciplinares que assegurem uma abordagem integral do processo saúde-doença, despertando para a importância do lazer, das atividades físicas e da conservação ambiental para uma melhor qualidade de vida.

A proposta foi inicialmente incentivada por meio do VIM Rural e partiu da inserção do curso de Fisioterapia no Estágio de Vivências do curso de Agronomia (EVA) da Unochapecó. No EVA, os estudantes participam do cotidiano de famílias agricultoras, com vistas a conhecer sua realidade e formular propostas de melhorias, tanto na renda familiar, quanto nas condições de vida. A cada ano, o curso de Agronomia identifica um município da região interessado em receber o EVA, e discute com os gestores locais a proposta, contemplando: um diagnóstico do município, a vivência dos estudantes junto aos agricultores familiares e um plano elaborado pelos estudantes com sugestões para o desenvolvimento local, a partir das potencialidades identificadas junto às famílias e ao município.

A principal ação educativa planejada pelos projetos VIM Rural e NSBE em Caibi foi uma adaptação da trilha interpretativa. A trilha interpretativa é utilizada para

[...] promover a percepção das pessoas, de modo a despertar o interesse pela conservação de um espaço ao qual elas têm acesso e possibilitar maior contato com as espécies; quando bem planejada, serve de instrumento pedagógico para o ensino e o cuidado com os elementos da natureza, proporcionando maior contato entre o ser humano e a natureza.⁷ (p. 639)

Em sua proposta fundamental, a trilha interpretativa tem sempre um tema central, com uma introdução, uma sequência lógica de paradas predefinidas (estações temáticas) e uma conclusão. As trilhas ocorrem em ambientes naturais e possibilitam, aos participantes, atividades físicas. A proposta da trilha interpretativa em Caibi aconteceu durante três semestres. Inicialmente, professores, estudantes, técnicos da Unochapecó e profissionais da Prefeitura do município de Caibi foram mobilizados e convidados para participar das ações. Na sequência, os temas de interesse da equipe de saúde e outros setores do município foram identificados, a partir dos quais foi organizado o roteiro da primeira trilha interpretativa. Após esta primeira experiência, foi planejada a segunda trilha interpretativa. Durante o processo, outras atividades assistenciais e educativas foram desenvolvidas com: a unidade de saúde local, as residências de moradores urbanos e rurais, a comunidade e o conselho municipal de saúde.

No primeiro semestre de 2010, dez professores de diferentes cursos da Unochapecó dialogaram com o curso de Agronomia (que iniciara ações do EVA no município) e com representantes do município de Caibi, visando organizar os primeiros encaminhamentos para desenvolver ações em parceria, na perspectiva do VIM Rural articulado ao NSBE. O município de Caibi tem seis mil e trezentos habitantes, uma Unidade Básica de Saúde, na qual atuam três equipes da ESF, além de outros profissionais da saúde, num total de 48 trabalhadores. Conta, ainda, com um pequeno hospital de 33 leitos, o qual oferece serviços especializados e de apoio diagnóstico, utilizados, também, pela rede de atenção primária à saúde⁸.

O gestor da saúde e as equipes da ESF local foram envolvidos desde o início em todas as etapas do planejamento das ações, sendo incorporados, ainda, profissionais de outros setores da administração pública, como: assistência social, educação, agronomia e esporte. A constituição de uma equipe de coordenação intersectorial viabilizou maior aproximação da universidade (estudantes, professores e técnicos) com as lideranças locais, favorecendo que fossem contemplados aspectos relevantes da realidade local, para facilitar a visualização de estratégias de intervenção mais adequadas à população. Isso facilitou a inserção dos estudantes no território para reconhecer problemas e potenciais do município, e, com isto, planejar ações educativas mais coerentes com as necessidades e interesses da população, considerando, no processo ensino-aprendizado, os saberes e as práticas dos profissionais e dos usuários.

Foram mobilizados quarenta estudantes de graduação, sendo a atividade desenvolvida como estágio nos cursos de Educação Física, Enfermagem e Nutrição, e como atividade curricular complementar nos cursos de Farmácia, Fisioterapia, Psicologia, Ciências Biológicas e Serviço Social.

O primeiro desafio foi a constituição de um grupo de trabalho interdisciplinar, multiprofissional, no qual os participantes foram motivados a reconhecer, em seus saberes específicos, potências de diálogo criativo.

Inicialmente, os encontros de estudo e planejamento aconteciam em salas de aula da Unochapecó a cada 15 dias, no horário entre 17h e 18h, para facilitar a presença dos estudantes e professores. Nesses encontros eram compartilhadas experiências e conhecimentos, bem como, elaboradas estratégias de interação com o município. Informações sobre o município (históricas, sociais, demográficas e epidemiológicas), estudos sobre os princípios da atenção básica e o aprofundamento de conceitos, como integralidade, trabalho em equipe e promoção da saúde, foram fundamentais a fim de se reconhecerem pontos convergentes e complementares dos saberes específicos de cada curso na formulação da proposta.

A cada duas semanas, um grupo de representantes deslocava-se a Caibi, buscando ampliar informações sobre o município, bem como, definir, de forma articulada, estratégias e ações com a equipe de coordenação local do projeto. Nesses encontros, foram estabelecidas, como estratégias prioritárias, ações educativas de caráter coletivo que pudessem promover maior participação da comunidade, como forma de ampliar sua autonomia em seu autocuidado, no cuidado à coletividade e ao meio ambiente, assim como no controle social sobre a política de saúde do município¹.

No segundo semestre de 2010, a trilha interpretativa – denominada “Promoção da Saúde” – foi desenvolvida no Parque Municipal *Água Mineral*, um local de convívio social do município, que conta com espaço arborizado, com bastante sombra, riacho próximo e um campo para a prática de atividades físicas, considerado espaço ideal para realização das atividades previamente planejadas pelo projeto. Os participantes da trilha interpretativa foram famílias residentes na área rural e alunos da Casa Familiar Rural (escola), perfazendo um total de oitenta pessoas, e teve duração de quatro horas. Cada estação foi assumida por estudantes e docentes de um curso específico, mais afim à temática selecionada. Estudantes de Enfermagem desenvolveram uma atividade educativa abordando informações sobre agrotóxicos e hanseníase, tema sugerido pelos profissionais do município com base nos dados epidemiológicos; estudantes do curso de Fisioterapia desenvolveram ações relacionadas à ergonomia/postura corporal a serem observadas durante o desenvolvimento do trabalho na agricultura e nos serviços domésticos; estudantes de Nutrição orientaram sobre a importância da produção e do consumo de alimentos saudáveis, proporcionando degustação de alimentos; estudantes vinculados ao curso de Educação Física desenvolveram atividades de movimento corporal, enfatizando a importância da atividade física na vida diária; estudantes de Ciências Biológicas e Agronomia orientaram sobre cuidados com a água e a conservação do meio ambiente; estudantes de Psicologia e do Serviço Social desenvolveram atividades lúdicas e educativas, problematizando a violência e a proteção dos direitos humanos, especialmente voltados para crianças, adolescentes e mulheres.

A trilha interpretativa foi realizada, em síntese, no seguinte formato: para iniciar a trilha, todos os participantes foram reunidos, acolhidos pelos organizadores do evento e orientados sobre o objetivo e a metodologia da atividade e da proposta. Em seguida, os participantes foram divididos em seis pequenos grupos, sendo cada grupo conduzido para uma das estações temáticas da trilha, contando com um monitor para facilitar o trajeto entre as estações. Em cada parada, nas estações, os participantes eram envolvidos com metodologias educativas ativas, de acordo com a temática definida, que duravam em torno de vinte minutos. Este tempo era monitorado e, por meio do som de um apito, era sinalizado o término da atividade na estação; então, os participantes eram conduzidos à estação seguinte. No percurso da caminhada até a próxima estação, eram promovidas atividades de alongamento e de observação da natureza, valorizando esta ação como estratégia de promoção da saúde. Quando todos os grupos haviam percorrido as seis estações, os participantes foram novamente reunidos e, com os agradecimentos, foram instigados a ocupar melhor os espaços verdes e de lazer do município, valorizando-os como espaços de convivência saudável e de promoção da saúde.

Na avaliação após a realização da trilha, os estudantes ressaltaram, como ponto frágil da proposta, a pouca interação com os profissionais do município, os quais assumiram papel de ouvintes no dia da atividade, apesar de garantirem total apoio e condições objetivas para sua realização. Outro ponto crítico ressaltado foi o fato de os estudantes da graduação terem atuado por curso, de forma

independente, em quatro das seis estações, sendo que a atividade deveria ter caráter interdisciplinar e multiprofissional. Apesar dessas ponderações, o grupo avaliou a experiência como muito positiva, decidindo propor, ao município, uma segunda edição da trilha interpretativa no semestre seguinte. Nesta segunda trilha, foram propostas como metas: sensibilizar a equipe de profissionais de saúde do município para atuar como parceira, bem como, organizar as estações por temas que viabilizassem a atuação dos estudantes de forma multiprofissional.

A segunda trilha interpretativa: Saúde e meio ambiente: patrimônio do povo

No primeiro semestre de 2011, as discussões e o planejamento coletivo entre os atores da Unochapecó e do município de Caibi foram retomados. Neste semestre, a trilha interpretativa foi estruturada na praça central do município, local com gramado e árvores, adequado à implementação da caminhada e da organização das estações educativas. A escolha do local levou em consideração o desejo de dar maior visibilidade à atividade no município, valorizando o envolvimento da equipe de saúde e outros setores na realização de ações de promoção da saúde. Esta trilha interpretativa recebeu o nome de *Saúde e meio ambiente: patrimônio do povo*, destacando-se o tema da 14ª Conferência Nacional de Saúde, com chamada para novembro daquele ano pelo Ministério da Saúde no Brasil.

A definição do público-alvo levou em consideração a sugestão de profissionais da ESF local, para identificar pessoas que pudessem ser multiplicadores dos conhecimentos com diferentes organizações no município. Com este objetivo, foram convidadas integrantes dos grupos de mães de 21 comunidades rurais do município, obtendo-se a participação de sessenta mulheres. Também foram convidados: alunos da Casa Familiar Rural, grupo de idosos, de tabagismo, de diabéticos/hipertensos, Alcoólicos Anônimos, agentes comunitárias de saúde e demais profissionais da equipe que não atuaram como promotores da dinâmica nas estações, além de outras lideranças do município. Ao todo, participaram cento e vinte pessoas.

Nessa edição, cada uma das estações foi planejada e implementada em parceria entre professores e estudantes dos cursos da Unochapecó (Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Agronomia), profissionais da ESF, da educação e de outros setores do município, bem como, lideranças indicadas pela equipe de saúde local, na perspectiva da interdisciplinaridade e intersetorialidade. Cada tema trabalhado foi organizado a partir dos dados levantados pelos profissionais da saúde no município, por exemplo: a temática “água: agrotóxico e lixo” foi inserida na trilha em virtude do aumento do número de intoxicações por agrotóxicos em Caibi (em 2008, foram notificados 12 casos; em 2009, 22 casos; e, em 2010, trinta casos), o que poderia estar relacionado com o uso incorreto dos equipamentos de proteção pessoal (EPs), com a contaminação dos alimentos e/ou água e, possivelmente, com o destino incorreto das embalagens dos agrotóxicos.

As estações temáticas da trilha foram organizadas buscando-se trabalhar conteúdos por meio de metodologias lúdicas e interativas, contemplando os seguintes temas: 1) sexualidade no ciclo evolutivo, da adolescência ao idoso; 2) respeito e convivência saudável entre indivíduo, família e comunidade; 3) práticas de violência e cultura da paz; 4) práticas de lazer saudável frente ao consumo de tabaco, álcool e outras drogas; 5) água: agrotóxico e lixo; 6) uso da automedicação, plantas medicinais, espiritualidade e fitoterápicos.

Durante o desenvolvimento das atividades pedagógicas, objetivou-se a reflexão sobre a importância das ações individuais e coletivas, em parceria com as instituições e com o poder público, na promoção e na proteção da saúde, promovendo-se reflexão sobre causas e possíveis consequências quando o empenho e a colaboração dos envolvidos não ocorrem.

Os integrantes responsáveis pelas estações temáticas tinham tarefas comuns, entre as quais a preocupação de incentivar os indivíduos na prática do autocuidado, promovido por meio das dinâmicas de interação com os participantes em cada atividade desenvolvida. A interação vivenciada na trilha – entre estudantes, docentes, profissionais do município e população – trouxe impactos positivos enquanto processo de aprendizagem. Assim, demonstra que é possível realizar ações intersetoriais quando todos refletem a respeito de cada atribuição específica, sem fragmentar a sua atenção/cuidado.

Nesta segunda edição da trilha interpretativa, o número de pessoas que compareceram ao local superou as expectativas, e a maioria dos participantes foi receptiva à proposta desenvolvida, demonstrando: interesse, envolvimento, iniciativa, espírito de liderança e atitudes cooperativas. Ao final das atividades, percebeu-se que os visitantes estavam satisfeitos com as informações recebidas durante a tarde e refletiram acerca da necessidade de rever alguns hábitos, como afirmam as agricultoras: “Acho que foi muito proveitosa, tudo o que vier pra gente saber a mais, acho que é válido!” (A1); “Tudo o que foi tratado a gente vai usar no dia a dia.” (A2); “Todas elas (estações) foram importantes. Cada uma com sua parte, sua mensagem. A gente vai aproveitar, para nossa família...” (A3).

Para o grupo envolvido na organização (professores e estudantes da Unochapecó e profissionais do município de Caibi), a trilha possibilitou o desenvolvimento de ações interdisciplinares e multiprofissionais, o que oportunizou, aos estudantes dos diferentes cursos, a aplicação de seus conhecimentos com certa autonomia e, ao mesmo tempo, de forma interdependente. Na opinião dos estudantes, a atividade permitiu a vivência de uma nova experiência, um novo método de trabalho, pois promoveu a integração de acadêmicos e destes com a comunidade. Atividades interdisciplinares são de extrema importância na formação do profissional, pois, no decorrer da carreira, ele sempre estará em contato com profissionais de outras áreas, e isto potencializa o enriquecimento das ações.

Além disso, a atividade propiciou ao grupo intervir na realidade por intermédio da partilha de saberes e experiências, e, com isso, capacitar os indivíduos e a comunidade para a busca ativa da promoção da saúde e de condições para uma existência digna. A educação popular caracteriza-se como prática político-pedagógica emancipatória, visando à

[...] promoção da autonomia das pessoas, à horizontalidade entre os saberes populares e técnico-científicos, à formação da consciência crítica, à cidadania participativa, ao respeito às diversas formas de vida, à superação das desigualdades sociais e de todas as formas de discriminação, violência e opressão.⁵ (p. 9)

Para os professores, a atividade foi um desafio, proporcionando a realização de orientações e tutorias para estudantes de diferentes cursos e profissionais do município de Caibi, além de possibilitar a aproximação dos cursos da saúde. Os professores tiveram papel de facilitadores, mediando conflitos, valorizando iniciativas e promovendo o diálogo reflexivo, criativo. Freire⁴ reforça o papel da educação como prática de liberdade, por meio da qual o educador promove, com os educandos, a problematização do conhecimento, desafiando-os a assumirem papel de investigadores críticos, a buscarem a emergência da consciência, o desvelamento da realidade, de forma que possibilite sua inserção criativa e transformadora. Não apenas o educador educa, mas ambos, educador e educando, educam-se, tornando-se, desta forma, sujeitos, em diálogo, do processo ensino-aprendizagem; “[...] os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo.”⁴ (p. 39)

Da mesma forma, a equipe local de saúde revelou potenciais favoráveis ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde, tendo participação ativa e comprometida nas atividades realizadas junto à *trilha interpretativa*. Esta demonstrou ser, assim, uma possibilidade viável e produtiva de promoção à saúde, abrindo novos horizontes e possibilidades que podem ser adequadas e aperfeiçoadas conforme a realidade local.

A Política Nacional de Atenção Básica orienta que os profissionais de saúde devem “[...] identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar [...] [e] desenvolver ações intersetoriais, integrando projetos e redes de apoio social, voltados para o desenvolvimento de uma atenção integral”¹ (p. 11). Para Acioli⁹, o processo pedagógico deve tomar como ponto de partida “[...] o saber anterior das pessoas, acreditando que todos têm um conhecimento a partir de suas experiências e vivências, de suas condições concretas de existência” (p. 118). Além disso, a abertura para construir novos conhecimentos, com base na (com)partilha de saberes técnicos e saberes populares, exige humildade e o reconhecimento de “[...] que os diversos saberes são apenas diferentes, e não hierarquizados, e que a experiência vale tanto quanto a teoria”⁹ (p. 118).

Dialogar implica humildade, quando um abre-se à palavra do outro, sentindo-se e reconhecendo-se tão homem quanto o outro, o que favorece chegar ao lugar de encontro, onde ambos, em comunhão,

buscam saber mais. Diálogo implica, também, confiança, relações horizontais, quando cada sujeito implicado testemunha, aos outros, suas reais intenções⁴.

O diálogo não é imposição ou disputa de ideias, mas envolve um profundo sentimento de reciprocidade diante das diferenças: um fala *com* o outro, buscando ouvir, na diferença, a complementariedade.

O reconhecimento da alteridade é o que cria a possibilidade do diálogo. A anulação das diferenças não permite diálogo; portanto, uma intervenção pedagógica pautada na obra de Paulo Freire é baseada na convicção de que o novo surge somente do encontro entre diferentes que apresentem uma disponibilidade mútua para a ação criativa.¹⁰ (p. 567)

A Carta de Ottawa² salienta que a promoção da saúde busca fortalecer o poder das comunidades, para que se apropriem e exerçam controle sobre seu próprio destino. Aqui cabe uma reflexão sobre o conceito de comunidade, definida, usualmente, como um conjunto de indivíduos que vivem em uma mesma área geográfica, com uma cultura, necessidades e interesses comuns. Muito mais do que elementos comuns, podemos encontrar, nas comunidades, diversidades e contrariedades que geram divisões (interesses religiosos, partidários, conflitos por terra etc.). Ao invés de um conjunto de indivíduos, a comunidade revela um conjunto de redes de sociabilidade e de poder, em que se articulam interesses comuns com interesses distintos e contraditórios¹¹.

Em processos pedagógicos de interação com a comunidade, com vistas à promoção da saúde, é necessário reconhecer e construir parcerias com os distintos grupos sociais, os quais podem promover resistência, apatia ou apoio frente às ações desenvolvidas pelos atores institucionais. Por meio da conformação de concepções, hábitos e práticas, as redes sociais criam identidades, para promover a inclusão ou a exclusão de seus membros. Desta forma, as redes sociais são produtoras de capital social à medida que favorecem relações horizontais, fortalecendo a autoestima e promovendo a reciprocidade. Redes sociais podem, no entanto, reproduzir relações de domínio e de alienação, quando impõem relações verticais, autoritárias ou paternalistas, promovendo clientelismo e tutela e fortalecendo a insegurança e a dependência¹¹. Em contrapartida, a ação comunicativa pode proporcionar a percepção de discontinuidades estruturais baseadas em discrepâncias de poder, valores, conhecimento e interesses, desvelando processos culturais e organizativos que as reproduzem ou transformam¹¹. A ESF pode promover a saúde da / e com a comunidade, à medida que reconhece sua capacidade de autogestão e valoriza os esforços das redes sociais em participarem no enfrentamento dos problemas que se relacionam com a saúde (habitação, alimentação, trabalho e renda, entre outras dimensões), sem perder de vista as contradições e os conflitos existentes.

Em relação às parcerias e o trabalho em equipe, destaca-se que

[...] na interdisciplinaridade um fato importante a considerar é que tudo que envolve a vida não pode mais ser tratado de forma fragmentada, sob o risco de não ser compreendido ou de não alcançar resolatividade. Porque a vida é complexa, o cuidar da vida também exige complexidade de ações, o que nos levará, necessariamente, a buscar parceiros.¹² (p. 219)

A atenção integral visa produzir impactos nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, além de fortalecer a autonomia das pessoas em sua capacidade de autocuidado, o que requer que as pessoas sejam consideradas em sua singularidade e inserção sociocultural¹. Nas trilhas interpretativas implementadas, em cada estação, foi garantida a inclusão de um tema positivo, frente ao problema priorizado como foco do trabalho educativo, com vistas a ressaltar potencialidades locais favoráveis ao enfrentamento dos problemas identificados.

O sentido de pertencimento presente nas práticas de educação popular em saúde contribui para o fortalecimento de identidades e do espírito de coletividade, como é expresso nas redes construídas pelos coletivos, movimentos, articulações de nível nacional e local, necessários para ampliação da qualidade da saúde das populações.⁵ (p. 12)

Além de diversificarem os cenários de prática, as trilhas interpretativas favoreceram o protagonismo dos estudantes, em diálogo com os atores locais, promovendo o reconhecimento de problemas e potencialidades de territórios rurais, de forma que estes valorizem iniciativas e recursos existentes nessas localidades.

Conclusões

Esta experiência possibilitou apreender novas possibilidades a serem realizadas como ação de promoção da saúde e atividades educativas no setor saúde. A *trilha interpretativa*, além de unir a equipe multiprofissional da área da saúde, possibilitou sua interação com outros setores da administração pública e da sociedade em geral, destacando seu papel em prol do desenvolvimento da comunidade. Além disso, oportunizou o envolvimento da comunidade de forma lúdica em atividades educativas, sensibilizando-a para a valorização dos espaços de lazer que o município dispõe, bem como, dos potenciais existentes para o enfrentamento dos problemas de saúde.

O VIM Rural e o NSBE – projetos inseridos no Pró-Saúde da Unochapecó – oportunizaram uma experiência de interação efetiva da instituição de ensino com a rede de serviços da atenção básica, o que possibilita o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde junto aos diferentes grupos em um município do oeste catarinense. Estudantes apropriaram-se de estratégias educativas dialógicas, desempenhando papel ativo no planejamento, implementação e avaliação das atividades. Destaca-se a integração ensino-serviço-comunidade, que oportuniza a aprendizagem sobre a realidade da região, com destaque na área rural, pouco abordada como cenário de práticas nas universidades, assim como sobre estratégias de promoção da participação da comunidade nas ações de saúde.

Esta vivência fortaleceu o processo de reorientação da formação profissional em saúde em curso no Brasil, com vistas a consolidar a implementação do Sistema Único de Saúde, tendo a educação em saúde, a integralidade, a atenção básica, a participação da comunidade e a promoção da saúde como focos prioritários. Favoreceu a aproximação do processo de formação à realidade local/regional, tanto em relação às necessidades de saúde da população, quanto às demandas e potenciais dos serviços de saúde.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Ministério da Saúde, pelos recursos disponibilizados por meio do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde); ao Secretário Municipal e trabalhadores da saúde do município de Caibi, Santa Catarina, pelo apoio e parceria; aos professores, estudantes e gestores da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), pela confiança, apoio e participação efetiva no desenvolvimento do projeto; e, em especial, à Professora Sabrina Fiorentin (in memoriam), autora do projeto VIM Rural.

Colaboradores

Maria Elisabeth Kleba participou de todas as etapas de elaboração do artigo, de sua discussão e da revisão final do texto. Liane Colliselli, Altamir Trevisan Dutra e Eliara Solange Müller participaram da revisão bibliográfica, das discussões e da revisão do texto.

Referências

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
3. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. São Paulo: Centauro; 2001.
4. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília (DF): Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde; 2012.
6. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.
7. Amaral AG, Munhoz CBR. Planejamento do traçado de uma trilha interpretativa através da caracterização da flora do parque ecológico e de uso múltiplo Águas Claras, DF. Rev Bras Biocienc. 2007; 5(1):639-41.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Cidades@ [acesso 2013 Jul 12]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=420310&se arch=santa-catarina%7Ccaibi%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio>
9. Acioli S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev Bras Enferm. 2008; 61(1):117-21.
10. Soares LLM, Verissimo LJ. A formação do aluno na graduação em psicologia pela pedagogia de Paulo Freire. Psicol Cienc Prof. 2007; 30(3):588-603.
11. Keijzer B. Los discursos de la educación y participación en salud: de la evangelización sanitaria al empoderamiento. In: Minayo MCS, Coimbra CEA, organizadores. Críticas e atuantes: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 441-60.
12. Tavares CMA, Matos E, Gonçalves L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. Texto Contexto Enferm. 2005; 14(2):213-21.

Este relato tem por objetivo divulgar a experiência de uma trilha interpretativa, organizada a partir de um circuito com seis estações temáticas, entre as quais os participantes precisavam se deslocar/caminhar, desenvolvida por estudantes, professores e técnicos da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, em conjunto com profissionais de um município do oeste catarinense, no Brasil. Foram realizadas duas trilhas em áreas verdes, as quais consideraram a realidade municipal, discutida com profissionais locais, para abordar nas seis estações, planejadas como atividades multiprofissionais e intersectoriais. As trilhas envolveram, aproximadamente, duzentas pessoas, incluindo: famílias agricultoras, alunos da Casa Familiar Rural, grupos de mulheres e lideranças locais. Destacam-se a integração ensino-serviço-comunidade, o desenvolvimento de estratégias educativas dialógicas, proatividade no planejamento, implementação e avaliação das ações, e a sensibilização quanto à importância da educação e da promoção da saúde pelos estudantes, profissionais e população local.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em Saúde. Assistência integral à Saúde. Ação intersectorial. Equipe de assistência ao paciente.

**Interpretive trail as a health education strategy:
potential for intersectoral and multiprofessional work**

This report had the aim of disseminating an experience of an interpretive trail that was organized starting from a circuit with six themed stations, among which the participants had to travel/walk. It was developed by students, teachers and technicians at the Community University of the Chapecó Region, together with professionals in a municipality in western Santa Catarina, Brazil. Two trails were made in green areas. These took municipal realities into account through discussions with local professionals so as to address the six stations, which were planned as multiprofessional and intersectoral activities. The trails involved approximately two hundred people, including farming families, students at the Rural Family House, women's groups and local leaders. Teaching-service-community integration, development of dialogical educational strategies, proactive planning, implementation and evaluation of actions and awareness about the importance of education and health promotion for students, professionals and local people were emphasized.

Keywords: Health promotion. Health education. Comprehensive health care. Intersectoral action. Patient healthcare team.

**Ruta interpretativa como estrategia de educación en salud:
potencial para el trabajo multi-profesional e inter-sectorial**

El objetivo de este relato es divulgar la experiencia de una ruta interpretativa organizada a partir de un círculo con seis estaciones temáticas, entre las cuales los participantes precisaban desplazarse/caminar, desarrollada por estudiantes, profesores y técnicos de la Universidad comunitaria de la Región de Chapecó, en conjunto con profesionales de un municipio del oeste del Estado de Santa Catarina, Brasil. Se realizaron dos rutas en áreas verdes, que se consideraron la realidad municipal, discutida con profesionales locales para abordar en las seis estaciones, planificadas como actividades multi-profesionales e intersectoriales. Las rutas involucraron aproximadamente a doscientas personas incluyendo a familias agricultoras, alumnos de la Casa Familiar Rural, grupos de mujeres y liderazgos locales. Se destacan la integración enseñanza servicio-comunidad, el desarrollo de estrategias educativas dialógicas, pro-actividad en la planificación implementación y evaluación de las acciones y la sensibilización sobre la importancia de la educación y de la promoción de la salud por parte de los estudiantes, los profesionales y la población local.

Palabras clave: Promoción de la Salud. Educación en Salud. Asistencia integral a la salud. Acción inter-sectorial. Equipo interdisciplinar de salud.

Recebido em 17/05/15. Aprovado em 12/09/15.

Usuários da saúde mental como educadores: o que suas narrativas podem nos ensinar?

Fernando Schimdt El-Jaick^(a)Karen Bello Berg^(b)Mônica Monteiro Peixoto^(c)Octavio Domont de Serpa Júnior^(d)

Introdução

No presente artigo, apresentamos um recorte da pesquisa *Efeitos do compartilhamento de narrativas do adoecimento nos processos de superação de usuários de saúde mental*, que procura destacar, no material empírico produzido no estudo, a experiência subjetiva de usuários de serviço de saúde mental que atuam como educadores baseados no conhecimento experiencial. Estes usuários de um serviço de saúde mental de base comunitária, ligado a um hospital universitário do Rio de Janeiro, integram um coletivo que surgiu em 2005, e cuja origem remonta a algumas mudanças que ocorreram naquele ano na disciplina de Psicopatologia, oferecida aos estudantes de graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). O principal aspecto reformulado foi o ensino prático da Psicopatologia, que, anteriormente, consistia na apresentação de um paciente, entrevistado pelo professor diante da turma toda. Seu caso clínico era discutido, posteriormente, sem sua presença, e tal modalidade de ensino colocava o paciente numa posição passiva, já que servia como mero objeto de observação e estudo. Este modelo de aprendizado priorizava, de certa maneira, os conhecimentos objetivos e acabava por deixar de lado a dimensão subjetiva da experiência de adoecimento, tratamento e superação.

Na reformulação do ensino prático da disciplina, várias medidas foram adotadas, tais como a divisão da turma em pequenos grupos para as aulas, que passaram a envolver uma variedade maior de recursos pedagógicos. Vídeos e textos (autorrelatos e obras de ficção) foram incorporados, e o ensino prático que envolvia a presença de pacientes também foi modificado. Foram convidados, inicialmente, para participar das aulas cerca de 12 usuários do serviço de saúde mental de base comunitária acima referido, que passaram a se encontrar semanalmente com o coordenador da disciplina para escolher os assuntos que seriam discutidos com os alunos, chegando a um repertório temático que, no presente momento, inclui 21 temas, como: medo, preconceito, medicação, reinserção social, trabalho etc. Nesta nova modalidade de ensino, a ideia era que os alunos pudessem aprender por meio das narrativas produzidas pelos próprios usuários acerca das suas experiências em saúde mental.

^(a,b,c,d) Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Av. Venceslau Brás, 71 (fundos), Campus da Praia Vermelha, Botafogo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22290-140. fsej_@hotmail.com; karen.ufrj@hotmail.com; monicampsic@yahoo.com.br; domserpa@ipub.ufrj.br

Com o objetivo de ampliar os meios de comunicação entre os alunos e os usuários, foi desenvolvida, em parceria com o Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES) da UFRJ, uma plataforma virtual de aprendizagem. Ela consiste num ambiente de suporte ao ensino, de acesso restrito, que dá suporte para o material didático empregado no curso, e permite conversações e comentários entre os usuários e os estudantes. Na plataforma, os alunos têm a oportunidade de indicar os temas a serem debatidos nas aulas e de se comunicar com os usuários, dirigindo-lhes perguntas que podem ser respondidas ali mesmo. Além disso, os usuários têm a possibilidade de fazer relatos escritos de suas experiências e postá-los, publicizando suas vivências para os alunos. Como se trata de uma experiência pioneira e muitos dos usuários não estavam acostumados a utilizar a internet, o grupo participou de oficinas de capacitação promovidas pelo NUTES. Atualmente, há, também, um site próprio do grupo, bem como uma página no facebook, para divulgação das atividades realizadas.

Além das aulas regulares na disciplina, os integrantes têm sido convidados a participar de aulas em diferentes cursos de graduação e pós-graduação, em instituições de saúde, como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e em eventos relacionados ao tema da saúde mental. Geralmente, estes encontros se dão em rodas de conversa nas quais os usuários explicam o que é o grupo e relatam suas experiências a partir dos temas escolhidos e das perguntas que surgem. Por se tratar, aqui, de uma pesquisa na qual foi assumido o compromisso com a confidencialidade e o anonimato dos participantes, as características mais particulares do grupo não serão discutidas com maiores detalhes.

De uma maneira geral, podemos dizer que este coletivo se constitui numa experiência na qual os integrantes ocupam a posição de educadores a partir das narrativas que são construídas e compartilhadas, possibilitando uma maior aproximação de um tipo de conhecimento corporificado do processo de adoecimento. A constante troca de experiências promovida pelo grupo faz com que este também funcione como um campo formador de sentidos para o adoecimento e ajude os alunos e profissionais a contextualizarem o aprendizado.

O projeto conta, atualmente, com o apoio de estagiários, além de três psicólogos e de um consultor acadêmico. Os estagiários auxiliam no processo de produção de narrativas escritas e no uso da internet, além de estarem presentes nas rodas de conversa fora da universidade a fim de fornecerem um suporte mais efetivo para os usuários. Apesar de ser uma experiência muito recente no Brasil, a atividade de usuários como educadores em saúde já é desenvolvida em outros países há mais tempo, como mostraremos a seguir.

Usuários de serviços de Saúde Mental como educadores

O investimento na formação dos alunos por meio do acesso à experiência de usuários parece ser, ainda, relativamente pouco desenvolvido, mas podemos encontrar, na literatura, algumas experiências bem-sucedidas¹⁻⁴. Dentre elas, a Iniciativa de Modernização Britânica figura como um importante projeto, tanto no que diz respeito ao remanejamento de recursos, como no que concerne ao ensino prático em saúde¹. Esta ampla reforma do sistema nacional de saúde da Grã-Bretanha foi idealizada tendo em vista a meta principal de garantir a voz dos pacientes, permitindo que eles se transformem em educadores, avaliadores e formuladores de práticas. Desta forma, seus conhecimentos acerca do processo de adoecimento são genuinamente valorizados, e podem ser bem aproveitados para auxiliar no tratamento de outros pacientes e na formação de profissionais.

Um dos resultados alcançados por esta iniciativa foi um tratamento mais focado nos pacientes, fazendo com que eles possuam um papel central e ativo na transformação e no desenvolvimento da assistência que é prestada. O envolvimento de usuários como educadores é visto, dentro desta perspectiva, como um dispositivo capaz de produzir mudanças essenciais no campo da saúde¹.

Foram listados alguns benefícios do envolvimento de usuários no papel de educadores para a saúde pública, produzindo mudanças efetivas na comunidade como um todo. Para o sistema nacional de saúde britânico, esta iniciativa pode significar um uso mais apropriado dos serviços e gerar uma relação custo-benefício mais vantajosa. Além disso, esta seria uma forma de dividir a responsabilidade do tratamento com o público de uma maneira geral, flexibilizando, assim, os papéis de cuidadores,

pacientes e educadores. Para os pacientes, por outro lado, a iniciativa pode gerar um tratamento mais eficaz, além de um aumento da autoestima e da capacidade de controlar suas próprias vidas¹.

De fato, a experiência britânica apresentou significativos benefícios para os usuários, como: uma ampliação dos laços sociais, na medida em que conhecem pessoas com problemas similares; ganho de conhecimento acerca de sua doença; e aprendizado sobre o acesso e disponibilidade dos serviços de saúde. Uma questão importante levantada é em relação ao pagamento pelos serviços prestados pelos usuários, uma forma de incentivo e valorização de suas colaborações¹. Apesar de a questão da remuneração se apresentar no meio acadêmico, alguns trabalhos³ apontam para a ausência ou arbitrariedade da remuneração dos pacientes em muitos casos.

Talvez pelo fato de serem muito recentes, os projetos de pacientes como educadores ainda suscitam medo por parte de alguns profissionais de que possam, porventura, ser substituídos pelos usuários. Este temor pode surgir pela falta de informação, pois a iniciativa jamais se propôs a substituir o serviço já existente, mas tão somente complementá-lo, introduzindo a perspectiva do paciente. Quando as informações acerca do processo de adoecimento são escassas, o cardápio de opções dos pacientes pode se afunilar, gerando prejuízos em relação às possibilidades de escolhas para o tratamento. De fato, a falta de informação de qualidade sobre os projetos foi apontada como uma área significativa a ser melhorada¹. É importante salientar, ainda, alguns riscos mencionados dessa prática, como a falta de treinamento específico para a tarefa exercida³. Outros fatores, como a privacidade, o sigilo profissional, a timidez e o linguajar técnico ou excessivamente formal, por parte dos profissionais, também são apontados como dificuldades na área³.

Num estudo mais recente envolvendo pacientes que fizeram tratamento de câncer por radioterapia, podemos perceber como a atividade de usuários como educadores apresenta muitos benefícios, mas, também, alguns riscos que precisam ser ressaltados². Num trabalho referente à Universidade de Kingston, um dos pacientes relata ter tido dificuldades ao compartilhar suas vivências dolorosas relacionadas ao câncer devido à natureza aflitiva de sua patologia. Por ser uma doença que pode envolver enorme grau de sofrimento, as condições emocionais dos pacientes precisam ser bem observadas e muitos podem não se sentir confortáveis ao falar sobre isso, especialmente para grandes públicos².

Um artigo bastante recente aponta que, na Universidade de Nottingham, o envolvimento de usuários na formação de profissionais de enfermagem já se desenvolve há mais de uma década⁴. Na experiência analisada pelo estudo, os pacientes assumiram papéis de supervisores clínicos no auxílio à formação dos estudantes, após passarem por um pequeno curso de capacitação. Alguns benefícios foram elencados pelos estudantes, como o fato de os usuários serem entusiasmados, ouvirem atentamente e responderem de uma forma não dogmática às questões que eram colocadas. Os usuários, por sua vez, repararam que os estudantes estavam se sentindo mais abertos e relaxados do que em aulas tradicionais. Ouvir sobre certos aspectos negativos que os usuários vivenciaram, por vezes, nos serviços foi, segundo os estudantes, uma experiência importante para que mudanças futuras sejam possíveis⁴.

Contudo, apesar de a percepção dos usuários ser a de que os estudantes estavam mais relaxados nos encontros, muitos se mostraram receosos em relação ao que seria dito nestas ocasiões. A preocupação, por vezes, recaía sobre assuntos que poderiam envolver questões subjetivas mais delicadas para os pacientes. Além disso, alguns estudantes relataram a sensação de não terem sido bem entendidos pelos usuários no papel de supervisores⁴. A despeito de todas as dificuldades e riscos, a grande maioria dos estudantes pareceu se mostrar muito satisfeita com as supervisões clínicas, destacando a importância do envolvimento destes usuários. Apesar do aproveitamento satisfatório das atividades, exceções podem ser observadas, como um estudante que diz não ter visto nenhuma grande utilidade nessas sessões⁴.

Há, ainda, trabalhos que não falam de projetos que colocam usuários na posição de educadores especificamente, mas enfatizam pesquisas voltadas para a opinião pessoal desses usuários como uma estratégia essencial para o aprimoramento dos serviços^{5,6}. Colocar os pacientes em primeiro plano, ressaltando a importância de seu envolvimento para o aperfeiçoamento das instituições de saúde,

parece ser o ponto de partida para que uma transformação efetiva ocorra. A inclusão da perspectiva do paciente foi útil para identificar falhas com mais precisão para, a partir disso, pensar em estratégias possíveis para mudanças na prática.

No caso do Brasil, há trabalhos que salientam a importância da inclusão da subjetividade dos usuários no ensino, enriquecendo assim a compreensão do sofrimento mental⁷. Com a finalidade de encontrar mais referências, foi feita, então, uma busca através da base Scielo, com algumas combinações de palavras-chave: educação, saúde e usuário; ensino, universitário e pacientes; ensino, saúde e usuários; prática, educação e pacientes. Foram considerados os trabalhos produzidos nos últimos dez anos. Pelo baixo número de artigos encontrados relacionados ao tema em análise, podemos dizer que, no Brasil, a iniciativa dos usuários como educadores ainda é incipiente, embora alguns estudos mostrem a importância da perspectiva do paciente para que haja uma melhora dos serviços^{8,9}. É preciso, em outras palavras, conhecer as particularidades e necessidades dos usuários, criando uma aproximação capaz de gerar mudanças positivas na assistência. Num artigo referente à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a qualidade do serviço é definida basicamente como a satisfação das necessidades dos usuários¹⁰. Não haveria, nesse sentido, ninguém melhor do que o próprio usuário para dar informações sobre a qualidade da assistência oferecida.

Sendo assim, a circulação das narrativas colhidas pelos pesquisadores permitiu a construção de um panorama de como os usuários vivenciaram alguns processos dentro do serviço, e ainda gerou uma aproximação em relação ao contexto sociocultural destes pacientes¹⁰. Conhecer as perspectivas dos entrevistados foi um fator importante para repensar a própria prática no hospital universitário. O estudo concluiu que a participação dos usuários é imprescindível para a avaliação do serviço, o que permite, também, que eles se tornem protagonistas do processo saúde-doença¹⁰.

Em outro estudo elaborado também em um hospital universitário de São Paulo, o objetivo principal era conhecer a opinião de pacientes internados a respeito das condições dos atendimentos e de suas percepções do serviço¹¹. É preciso ratificar que estudos de caráter investigativo são importantes na medida em que trazem reflexos sobre o ensino a partir dos resultados observados. Nesta experiência, os pacientes recebiam acompanhamento clínico em visitas médicas das quais participavam estudantes. Estas situações foram descritas pelos pacientes como desconfortáveis, embora compreendessem que os alunos precisavam aprender. O artigo nos mostra a necessidade de humanização da prática médica, apontando que as “aulas em volta do leito”, muitas vezes, faziam os pacientes se sentirem como simples objetos de estudo ou cobaias, ocupando uma posição predominantemente passiva¹¹. Outra preocupação é que o espaço pedagógico seja preservado sem que isto traga constrangimento para os pacientes¹¹.

Em suma, no Brasil, podemos identificar alguns projetos que valorizam a perspectiva dos usuários, mas muitos se resumem a pesquisas de campo que pretendem investigar a opinião dos pacientes a respeito dos serviços^{8,9,11}. A escassez de artigos que tratem mais especificamente do tema de usuários como educadores indica a necessidade de maior investimento nesta área no cenário brasileiro. Além disso, nos projetos já existentes, é importante que haja informações claras aos pacientes a respeito dos projetos nos quais eles estão inseridos, já que alguns estudos indicaram a falta de informação de qualidade como uma das principais dificuldades enfrentadas pelos usuários^{1,11}. Conhecer de forma mais aprofundada a perspectiva dos pacientes pode se configurar num primeiro passo para uma transformação da assistência em saúde mental e no campo da saúde em geral.

A pesquisa “Efeitos do compartilhamento de narrativas do adoecimento nos processos de superação de usuários de saúde mental”

Esta pesquisa, apoiada pela Faperj (processo e-26/110.890/2013), tinha como objetivo geral investigar o uso de narrativas do processo de adoecimento e superação construídas em primeira pessoa por portadores de transtorno mental no ensino de Psicopatologia; e, como um dos seus objetivos específicos, estudar os efeitos do processo de produção e compartilhamento de narrativas nos usuários de Saúde Mental. No presente artigo, nos concentraremos nas narrativas que têm como conteúdo a atuação dos integrantes deste coletivo de usuários como educadores.

Metodologia

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com dez usuários do projeto que frequentavam as reuniões semanais. Eles tinham, na ocasião da pesquisa, entre quarenta e 57 anos de idade, sendo três participantes do gênero feminino e sete do masculino. Em relação à escolaridade, dois possuíam o Ensino Fundamental completo; um, o Ensino Médio incompleto; seis, o Ensino Médio completo, e um, o Ensino Superior completo. Sete dos entrevistados eram aposentados, dois desempregados e um trabalhador informal. A maioria já frequentava o grupo há mais de cinco anos. As seguintes perguntas foram feitas: *O que é o projeto [nome do coletivo de usuários] para você?; Como é para você participar do projeto?; O que o projeto traz para você em termos de benefícios?; O que o projeto traz para você em termos de dificuldades?; O que você acha que o projeto pode trazer para os alunos e para os profissionais que participam das rodas de conversa?; Há quanto tempo você participa do projeto?; Você pode nos contar alguma experiência que você viveu nesse tempo de participação no projeto?* As entrevistas foram realizadas no segundo semestre de 2012 e primeiro de 2013; e, posteriormente, transcritas e analisadas por dois pesquisadores de forma independente, sendo, em seguida, validadas por um terceiro pesquisador, para chegar à categorização final. As análises foram feitas a partir da perspectiva do método fenomenológico-hermenêutico¹².

Os entrevistadores faziam parte do grupo atuando como estagiários de iniciação científica; e o fato de já serem conhecidos pelos participantes da pesquisa pode ter causado a relativa escassez de respostas observada em relação às dificuldades ou riscos que a participação no projeto pode trazer, como veremos adiante. É importante dizer, ainda, que o uso do gravador de áudio produziu, em alguns casos, falas ligeiramente mais formais quando comparadas às narrativas construídas em outras circunstâncias. É preciso, portanto, reconhecer as limitações do presente estudo, já que, em outras situações, longe do gravador e da presença de pesquisadores que também eram membros da equipe, outras dificuldades poderiam, certamente, ser elencadas.

Por outro lado, o espaço criado nas entrevistas possibilitou, por vezes, o surgimento de questões mais íntimas da trajetória pessoal que, frequentemente, não são comentadas diante do grupo, em especial, para grandes públicos. Outras dificuldades relacionaram-se à forma de pensamento muito particular por parte de alguns integrantes e a problemas de dicção – questões que tornaram alguns dos trechos das entrevistas gravadas incompreensíveis para os pesquisadores.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da UFRJ. Todos os participantes foram esclarecidos acerca dos objetivos e procedimentos do estudo, e forneceram consentimento informado para participar, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes que identificam os participantes são fictícios, a fim de preservar o seu anonimato.

Resultados

A partir da análise das narrativas que foram produzidas no decorrer das entrevistas, separamos algumas falas e as agrupamos em diferentes categorias e subcategorias, que foram criadas tentando, ao máximo, utilizar as palavras e expressões dos próprios usuários. Foi feita uma tabela contendo todos os trechos de narrativas a partir de cada uma das perguntas dirigidas aos participantes. Assim, as partes que mais nos chamaram a atenção foram organizadas nas respectivas categorias ou subcategorias.

Como já foi assinalado acima, neste artigo, nos concentraremos nas narrativas que têm como conteúdo a atuação dos integrantes do coletivo de usuários como educadores. Elas foram, por nós, subdivididas em dois grandes grupos: narrativas que apresentam os benefícios que advêm da atuação como educadores; e narrativas que apontam as dificuldades enfrentadas.

Dentre os aspectos considerados pelos participantes como benefícios, podemos destacar algumas categorias no que diz respeito ao campo de atuação dos usuários como educadores em saúde, tais como: *formação de alunos e profissionais*; e *formação de usuários*. Estas duas categorias são de grande relevância para este trabalho, porque mostram como o grupo se constitui num espaço

de aprimoramento de conhecimentos e habilidades, não só no que diz respeito aos estudantes, profissionais e outros pacientes que participam das rodas de conversa, como, também, dos próprios usuários integrantes do projeto.

“É um lugar que tem espaço para nós darmos nosso testemunho, nossa experiência de vida, até pros médicos tratarem”. (Xavier)

“Usando ali os nossos depoimentos [...] pra ajudar no profissionalismo deles próprios, pra futuramente ser útil pra eles mesmos, tanto pros estudantes quanto pros profissionais que já são formados”. (Carmen)

“É a voz que eu vou ensinar a tantos outros pacientes, que eles podem falar sem medo de errar”. (Beatriz)

“As aulas que nós fazemos com os alunos e a roda de conversa que fomos em diversos lugares, me dá esse vocabulário e essas experiências, essas informações que eu consigo passar”. (Breno)

Na categoria *formação de alunos e profissionais*, podemos identificar a subcategoria *conhecimento experiencial x conhecimento dos livros*, enfatizando o contraste entre o modelo de ensino tradicional e as atividades que envolvem usuários como educadores.

“A gente se solidariza com o outro [...] de repente o próprio médico não compreende, ele não sabe o que nós estamos passando”. (Xavier)

Alguns pacientes relataram que, quando participam das atividades do grupo, se sentem num trabalho, o que traz à tona a questão da remuneração dos usuários. Contudo, o assunto sobre pagamento em relação às participações nas rodas de conversa praticamente não foi abordado pelos entrevistados, a não ser por um dos integrantes que relatou não ter interesse em receber dinheiro do projeto.

“Meus companheiros [...] reivindicam uma série de coisas que a mim não me interessa, eu não tô interessado em dinheiro, sabe? [...] Eu tô interessado em participar. Como disse bem aí, não tem nenhum lucro remunerativo. Mas eles almejam bolsa, essas coisas todas que a mim não me interessa, se vier tudo bem, seja bem-vindo, mas eu não estou atrás disso, eu estou atrás da minha voz, entendeu?”. (Leonardo)

Para um dos participantes, formado em Psicologia, o espaço criado pela equipe representa uma oportunidade para exercer sua profissão. Esta é uma particularidade interessante, já que, desta forma, o grupo ocupa de maneira mais clara não só o lugar de tratamento, mas também de trabalho.

“Eu ponho o meu estudo em prática, eu ajudo as pessoas, tem os passeios-trabalho. [...] Eu acho essa oportunidade maravilhosa pra exercer minha profissão”. (Maurício)

É interessante observar ainda que, além das atividades do coletivo de usuários serem encaradas por alguns integrantes como um trabalho, a participação nas tarefas pode aumentar de maneira significativa a *capacidade de se expressar melhor*.

“Pra mim, pra eu participar do projeto... é [...] uma boa experiência, uma boa oportunidade pra poder desenvolver minha capacidade de expressar o que eu sinto, o que a minha doença representa pra mim”. (Queiroz)

“[O coletivo de usuários] me dá uma qualificação de ter como poder me expressar na experiência do dia a dia para os psicólogos, futuros psicólogos”. (Breno)

“Me deu isso de saber me expressar e informar, informar as pessoas que chegam, que saem até de internação, não têm essa informação”. (Breno)

Alguns benefícios se relacionaram à oportunidade de poder mostrar aos outros suas opiniões pessoais e pontos de vista particulares, categorizado como *ter voz*. Além disso, muitos relataram que, com a participação nas rodas de conversa, se sentem úteis e capazes, ou seja, têm consciência de que o trabalho que realizam é importante e se sentem valorizados por isso.

“[O coletivo de usuários] me traz o benefício de me possibilitar acessar esferas de intervenção, ou seja, de possibilitar que outras pessoas tenham acesso e possam entender o meu pensamento, a minha visão de mundo, ao meu raciocínio e às propostas contidas na minha fala, entende? Então, poder expandir o meu pensamento através da fala, através do [coletivo de usuários], é um benefício”. (Saulo)

“É bom, pra mim é sempre bom, é, só o fato de eu tá sendo útil, sabe? À ciência, à medicina, de um modo geral, entendeu?”. (Leonardo)

É interessante notar que alguns usuários conferem muita importância à liberdade de participação que norteia as atividades do projeto, ou seja, não há uma obrigação no sentido estrito do termo em participar das rodas de conversa, nem tampouco em relação às funções que cada participante ocupa dentro do grupo. Esta ausência de obrigatoriedade parece ser imprescindível para o bom funcionamento do coletivo de usuários.

“Eu gosto daqui porque tem essa liberdade, se eu quiser depois desistir de tudo, eu desisto. [...] A gente tem essa liberdade, e isso é muito importante, entendeu, você não se sente obrigado, eu não sou obrigado a nada. [...] Eu gosto daqui por causa disso, todas as vezes que eu participei, podia falar, sair fora, se não quisesse continuar não continuava, então, quer dizer, você não se sente obrigado, não se sente forçado a nada, é tudo mais espontâneo, entendeu?”. (Xavier)

“A mim não foi imposta nenhuma função, porque realmente eu não tenho condições nem materiais, assim, e mental. A minha mente é muito sutil, eu tenho que tá como um passarinho, se tiver que tá arraigado ali em alguma coisa eu perco o sono e isso não é bom pra mim”. (Leonardo)

Outra categoria importante de ser destacada no que diz respeito ao envolvimento de usuários como educadores é o que alguns usuários chamaram de uma troca da teoria com a prática e, ainda, um trabalho mútuo que pressupõe um tipo de *reciprocidade* entre estudantes e usuários.

“Acho que há uma simbiose, uma troca, entendeu, troca de experiências, da teoria com a prática”. (Xavier)

“Que vocês são beneficiados, porque vocês são jovens, estudam em uma universidade de peso, mas estão comprometidos com a gente, estão comprometidos em nos ajudar e eu acho que vocês nos ajudando, vocês se ajudam também”. (Carmen)

Por fim, observamos que alguns usuários percebem que esta experiência de quem recebe o relato dos usuários constitui um tipo de trabalho novo, que pode ser caracterizado, também, como árduo para os alunos.

“Como uma experiência nova poderiam [os alunos] ter dificuldade de lidar com essa experiência né, que é uma experiência nova [...] no meio acadêmico é uma coisa nova, né?”. (Queiroz)

“Muito trabalho [...]. Porque é um trabalho, é intelectual, mas é árduo, sabe? É um trabalho que desgasta muita energia da pessoa”. (Leonardo)

A despeito de todos os benefícios que foram relatados pelos participantes da pesquisa, uma pergunta de grande importância para este estudo investigou as possíveis dificuldades enfrentadas pelos usuários no projeto. Cabe destacar que, neste tipo de questionamento, o simples fato de sermos pesquisadores também envolvidos nas atividades do grupo talvez tenha se configurado como um dificultador de trocas, como já foi salientado anteriormente. Apesar disso, alguns riscos foram apontados pelos usuários, tais como a eventual *dificuldade em construir fala no grupo*.

“Eu tinha dificuldade de me expressar, eu tinha dificuldade de estar ali no meio do grupo, eu não conseguia coordenar o grupo, agora eu já consigo coordenar o grupo”. (Carmen)

“Tem pessoas que escapolem, que tão rodeando a coisa e [...] não conseguem [...] fluir mais na verbalização da sua experiência”. (Queiroz)

Alguns usuários também relataram um receio em relação à *exposição*, achando que poderiam, de alguma forma, se sentir desconfortáveis ao revelarem algumas questões particulares. De fato, muitas respostas indicaram que os usuários não compartilham algumas informações sobre determinados assuntos dependendo de quem ouve suas narrativas.

“A minha vontade é revelar tudo, mas eu acho que revelando tudo eu poderia ficar fragilizado”. (Queiroz)

“[...] os alunos de Psicologia não são iguais ao psiquiatra, que você pode chegar e revelar o seu histórico, com o psiquiatra eu revelo as minhas histórias, mas é particular, é com ele, agora em público já fica diferente revelar meu histórico”. (Queiroz)

Uma das participantes revelou ainda sentir *medo de falar ou fazer algo errado*. Além disso, podemos observar a preocupação desta participante em relação à *dificuldade de ser compreendida*.

“Eu tenho um pouco assim de medo de eu falar alguma coisa errada, né? Eu tenho medo de eu fazer alguma coisa sozinha e não dar certo, porque às vezes eu vou fazer alguma coisa sozinha e não dá certo, né?”. (Beatriz)

“É a dificuldade, eu acho, [...] do nosso sofrimento, porque ninguém entende o nosso sofrimento. [...] Todo mundo acha que, uma pessoa fala assim: ‘não, você tem que fazer assim, assim, assim...’ Mas a gente não consegue fazer, parece que a gente não consegue, sabe?”. (Beatriz)

Duas outras questões apontadas pelos participantes às quais é importante atentarmos são: a *falta de compreensão por parte de alguns usuários* sobre o que é o coletivo e a *falta de participação dos alunos* nas rodas de conversa.

“Eu vejo em amigos do grupo com muita dificuldade de entender o nosso trabalho. Teve paciente que não entendia a intenção do projeto [...]. Então eu acho que teve paciente que ele ficou meio que perdido, então teve outro tipo de reação”. (Nádia)

“Às vezes eu fico assim, um pouco preocupada, porque os alunos não falam, é como se a gente tivesse falando sozinha [...] Acho que eles têm medo de, sei lá, falar alguma coisa e os pacientes agredirem, porque eu acho que o medo deles é esse, deles falarem alguma coisa e ofenderem ali o pessoal, o pessoal do grupo, os pacientes do grupo e eles serem agressivos, mas não é verdade. Eu acho que se eles falarem vai ficar bem mais fácil, pelo menos pra mim, discutir a roda de conversa”. (Nádia)

Além destes fatores, um dos participantes salientou a *impossibilidade de estar sempre bem*. Como muitos pacientes passaram ou ainda passam por momentos mais delicados, é preciso que haja uma atenção maior em relação a este tipo de atividade, com um acompanhamento mais próximo em alguns casos.

“Na vida a gente tem altos e baixos. A gente não tá 100% totalmente. Tem dias que a gente tá no zero, tem dia que a gente tá 90, sei lá, porque a gente acordou mal naquele dia, entendeu?”. (Maurício)

A partir destes diferentes relatos, podemos perceber que há uma série de dificuldades que emergem desta prática, apesar de todos os benefícios mencionados. São justamente estas dificuldades que nos indicam a necessidade de apoio para estes usuários quando se trata da produção e compartilhamento de suas narrativas, o que envolve a presença e participação da equipe como um todo, contando com estagiários, docentes e profissionais de saúde.

Discussão

De maneira geral, portanto, podemos dizer que alguns dos benefícios indicados pelos usuários foram: a contribuição para a formação não só de alunos e profissionais, como, também, de outros usuários; aumento da capacidade de se expressar; oportunidade de exercer uma profissão; oportunidade de mostrar a outras pessoas seu próprio ponto de vista e suas opiniões; sentimento de utilidade e capacidade; possibilidade de trocas entre a teoria e a prática; trabalho mútuo e reciprocidade entre estudantes e usuários. Do lado das dificuldades, foram observados os seguintes aspectos: dificuldade em construir fala no grupo; exposição; medo de falar ou fazer alguma coisa errada; dificuldade de ser compreendido pelos outros; falta de compreensão de alguns dos próprios usuários a respeito da atividade exercida; falta de participação dos alunos; trabalho caracterizado como árduo para os alunos e relativamente recente no meio acadêmico.

Desta forma, algumas considerações a respeito dos resultados encontrados podem ser feitas na tentativa de se estabelecerem relações entre a pesquisa e a revisão da literatura. A questão da falta de informação de qualidade, apontada por alguns estudos como uma área significativa a ser melhorada^{1,11}, também foi, de certa forma, mencionada pelos integrantes do grupo. Isso ficou claro em algumas categorias, como quando se referiram à dificuldade de compreensão, por parte de alguns usuários, sobre o projeto. É possível, ainda, fazer uma articulação entre esta suposta falta de informação e o linguajar técnico ou excessivamente formal por parte dos profissionais, que também foi apontado como uma dificuldade na área³. Por outro lado, a ampliação dos laços sociais, mencionada como um benefício¹, também foi abordada pelos usuários quando se referiram às rodas de conversa realizadas em outros lugares para além do espaço de tratamento, o que começou a ocorrer no grupo, sobretudo, a partir de 2011.

Os sentimentos de utilidade e capacidade relatados pelos participantes da pesquisa também podem ser relacionados ao que foi identificado como aumento da autoestima em alguns estudos¹. Além disso, ao participarem das atividades do grupo, os usuários se sentem num trabalho, dando oportunidade, inclusive, para um dos usuários exercer a sua profissão de psicólogo, o que constitui uma particularidade dentre os integrantes do projeto. O assunto do trabalho traz à tona a questão do pagamento pelos serviços prestados pelos usuários, uma forma de incentivo e valorização de suas

colaborações¹. No caso do grupo, a questão foi abordada somente por um integrante que dizia não ter interesse em ser remunerado, diferentemente de seus colegas que supostamente teriam.

O aumento da capacidade de se expressar melhor e a formação de usuários mencionados pelos entrevistados podem ser correlacionados ao ganho de conhecimento acerca de sua doença e ao aprendizado sobre o acesso e disponibilidade dos serviços de saúde¹. O fato relatado na literatura sobre não se sentir confortável ao falar sobre a doença, especialmente para grandes públicos², pode ser articulado com as categorias *exposição*, *timidez* e *medo de falar ou fazer algo errado*, apontadas como riscos decorrentes das atividades do grupo. Além disso, em alguns estudos, a preocupação, por vezes, recaía sobre os assuntos que envolveriam questões subjetivas mais delicadas para os pacientes⁴, podendo ser comparada à categoria *impossibilidade de estar sempre bem*, desenvolvida na pesquisa.

Foi apontada, também, pelos usuários uma troca da teoria com a prática, além de um trabalho mútuo que pressupõe um tipo de reciprocidade entre o público de uma forma geral e os integrantes do grupo nas rodas de conversa. Apesar disso, a falta de participação dos alunos foi destacada como uma dificuldade enfrentada nas atividades do coletivo. Segundo Maplethorpe et al⁴ alguns usuários que participavam ativamente de supervisões clínicas foram caracterizados pelos estudantes como entusiasmados, capazes de ouvir atentamente e, ainda, responder de forma não dogmática às questões que eram colocadas. Por outro lado, alguns alunos relataram a sensação de não terem sido bem entendidos pelos usuários no papel de supervisores, o que pode ter contribuído para uma maior inibição dos grupos que participavam desta atividade. Outro fator que pode ter colaborado para esta retração foi a dificuldade apontada em relação à participação dos alunos quando o assunto discutido envolvia alguma questão subjetiva mais delicada para os pacientes⁴.

No caso específico do coletivo de usuários em foco neste trabalho, não há informações suficientes para inferir as mesmas conclusões, embora tenha sido dito, por uma das entrevistadas, que a falta de participação dos alunos poderia estar relacionada ao receio de dizer algo que, supostamente, ofenderia os pacientes e estes terem um tipo de reação agressiva com os estudantes. Outro entrevistado relatou que o fato de ser uma atividade relativamente recente no meio acadêmico se configura como um obstáculo a mais para os alunos, que podem ter dificuldade de lidar com esta experiência.

Em suma, a atividade de usuários de serviços de saúde no papel de educadores envolve, de maneira geral, benefícios e riscos tanto para quem relata e publiciza suas narrativas, quanto para quem as recebe. É justamente por conta das dificuldades que eventualmente tal atividade pode envolver que um suporte adequado se faz necessário nestas ocasiões. Por fim, é possível afirmar que os dados encontrados na pesquisa apontam significativos pontos de confluência em comparação com alguns estudos que envolvem usuários como educadores^{1-4,11}. A baixa quantidade de artigos encontrados sobre o tema no Brasil sugere ainda a necessidade de maiores investimentos em pesquisas relacionadas a esta área no país.

Colaboradores

Os autores Fernando Schimdt El-Jaick, Karen Bello Berg, Mônica Monteiro Peixoto e Octavio Domont de Serpa Jr. Participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Greenhalgh T, Humphrey C, Woodard F, editors. *User involvement in health care*. West Sussex: Blackwell Publishing; 2011.
2. Hill G, Thompson G, Willis S, Hodgson D. Embracing service user involvement in radiotherapy education: a discussion paper. *Radiography*. 2014; 20(1):82-6.
3. Repper J, Breeze J. User and carer involvement in the training and education of health professionals: a review of the literature. *Int J Nurs Stud*. 2007; 44(3):511-9.
4. Maplethorpe F, Dixon J, Rush B. Participation in clinical supervision (PACS): an evaluation of student nurse clinical supervision facilitated by mental health service users. *Nurse Educ Pract*. 2014; 14(2):183-7.
5. Drainoni ML, Farrell C, Sorensen-Alawad A, Palmisano JN, Chaisson C, Walley AY. Patient perspectives of an integrated program of medical care and substance use treatment. *AIDS Patient Care STDS*. 2014; 28(2):71-81.
6. Hurtado B, Timmins S, Seward C. The importance of being earnest: our experience of involving service users with complex needs in staff recruitment. *Br J Learn Disabil*. 2012; 42(1):38-44.
7. Serpa Junior OD, Leal EM, Louzada RCR, Silva Filho JF. A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):207-22.
8. Machado M, Vieira N. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Rev Latino-am Enferm*. 2009; 17(2):174-9.
9. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):2923-30.
10. Tronchin DMR, Melleiro MM, Tsunehiro MA, Gualda DMR. O olhar dos usuários de um hospital de ensino: uma análise da qualidade assistencial às gestantes e aos recém-nascidos. *Texto Contexto Enferm*. 2006; 15(3):401-8.
11. Cortopassi A, Lima M, Gonçalves I. Percepção de pacientes sobre a internação em um hospital universitário: implicações para o ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(2):42-8.
12. Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2009.

Neste trabalho apresentamos um coletivo de usuários de um serviço de saúde mental de base comunitária, que atua na formação de estudantes, profissionais e outros usuários a partir de suas narrativas de adoecimento e superação. Verificamos, na base SciELO, que estudos sobre este tipo de trabalho ainda são incipientes em nosso país. Nesta pesquisa, realizamos dez entrevistas semiestruturadas com os participantes do coletivo, utilizando o método fenomenológico-hermenêutico. O objetivo principal foi conhecer as experiências dos usuários participantes da atividade, verificando os possíveis pontos de confluência entre a literatura analisada e os dados encontrados na pesquisa. Benefícios e dificuldades decorrentes desta prática foram apontados pelos usuários. Concluímos que as narrativas produzidas durante a pesquisa apontam uma relativa correlação com outros estudos similares.

Palavras-chave: Usuários de serviços. Saúde mental. Ensino. Narrativas.

Mental health users as educators: what can their narratives teach us?

In this article, we present a group of users of a community-based mental health service that work on training students, professionals and other users based on their own narratives of becoming ill and overcoming this. We found from the SciELO database that studies on this kind of work are still just beginning in Brazil. In this study, we conducted ten semi-structured interviews with participants in this group, using the phenomenological-hermeneutic method. The main objectives were to find out about the experience of users who participated in this activity and ascertain the possible points of confluence between the literature analyzed and the data found in this study. Benefits and difficulties resulting from this practice were pointed out by the users. We concluded that the narratives produced during this study indicate some relative correlations with other similar studies.

Keywords: Service users. Mental health. Education. Narratives.

Usuarios de la salud mental como educadores: ¿qué pueden enseñarnos sus narrativas?

En este trabajo presentamos a un colectivo de usuarios de un servicio de salud mental de base comunitaria que actúa en la formación de estudiantes, profesionales y otros usuarios a partir de sus narrativas de enfermedad y de superación. Verificamos, en la base Scielo, que estudios sobre este tipo de trabajo todavía son incipientes en Brasil. En esta encuesta, realizamos diez entrevistas semi-estructuradas con los participantes del colectivo, utilizando el método fenomenológico-hermenéutico. El objetivo principal fue conocer las experiencias de los usuarios participantes de la actividad, verificando los posibles puntos de confluencia entre la literatura analizada y los datos encontrados en la encuesta. Los usuarios señalaron los beneficios y las dificultades provenientes de esta práctica. Concluimos que las narrativas producidas durante la encuesta señalan una relativa correlación con otros estudios similares.

Palabras clave: Usuarios de servicios. Salud mental. Enseñanza. Narrativas.

Recebido em 07/02/15. Aprovado em 01/06/15.

A acupuntura no Brasil: uma concepção de desafios e lutas omitidos ou esquecidos pela história – Entrevista com dr. Evaldo Martins Leite

Acupuncture in Brazil: a conception of challenges and struggles omitted or forgotten by history - Interview with doctor Evaldo Martins Leite

Acupuntura en Brasil: una concepción de retos y luchas omitidos u olvidados por la historia - Entrevista con el dr. Evaldo Martins Leite

Evaldo Martins Leite



Sabrina Pereira Rocha^(a)
Dante Marcello Claramonte Gallian^(b)

Esta entrevista foi concedida pelo dr. Evaldo Martins Leite no dia 16 de julho de 2012, em seu consultório na Associação Brasileira de Acupuntura, em São Paulo. Ele é médico cardiologista e ex-professor da Faculdade de Medicina Santa Casa de Misericórdia de São Paulo. Acupunturista desde a década de 1950, é considerado pioneiro da acupuntura tradicional no Brasil e no exterior. É um dos fundadores e, atualmente, presidente da Associação Brasileira de Acupuntura (ABA). Os encontros foram realizados em seu consultório na ABA e marcados pela sua simpatia, atenção e transparência. Sua devoção à acupuntura é fascinante. Foi com pesar que ouvi o dr. Evaldo relatar suas dificuldades e, com admiração, pela sua coragem para enfrentá-las. A história de vida do dr. Evaldo Martins Leite foi capaz de captar fatos esquecidos ou omitidos pela história. Ele traduz, de forma simples e transparente, suas experiências.

Como mencionado, a narrativa foi produzida segundo a metodologia da História Oral de Vida, tal como é proposta por Gallian¹, Meihy² e Meihy e Holanda³. De acordo com Meihy² (p. 17), a História Oral, “além de renovada pelo uso de aparelhos eletrônicos e com fundamentação moderna, é dinâmica e criativa, fato que torna discutível qualquer conceituação fechada”.

Esta abordagem segue um rigoroso conjunto de procedimentos para a constituição das narrativas, que garantem a ética e a validade das mesmas como documentos a serem analisados²: (1) gravação das entrevistas; (2) confecção do documento escrito: transcrição, textualização, transcrição – texto recriado em sua plenitude, nesta fase sofrerá a interferência do autor, tudo obedecerá aos acertos combinados com o colaborador, que irá legitimar o texto no momento da conferência; (3) conferência e validação do documento escrito; (4) análise; (5) devolução do produto.

^(a) Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp).
Rua Botucatu, 740, 4º andar, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04023-062.
sp.rocha1986@uol.com.br

^(b) Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde, Unifesp. São Paulo, SP, Brasil. dante.cehfi@epm.br

Breve introdução e contextualização

Eu sou Evaldo Martins Leite, nasci no Rio Grande do Norte, numa cidadezinha portuária chamada Areia Branca, que apresenta um movimento de trabalho bem intenso, porque, além de ser uma cidade portuária, tem sal e petróleo. Eu fiz o meu primário em Areia Branca, depois, fui para uma cidade vizinha chamada Mossoró, onde fiz o ginásio. Posteriormente, com 15 anos, eu fui para Fortaleza, onde realizei, naquele tempo, o colegial, prestei o vestibular para medicina e fiz o curso de Medicina lá no Ceará...

Quando terminei o curso de Medicina, fui para Porto Alegre fazer minha pós-graduação, me especializei em Cardiologia e fiz meu doutorado. O meu chefe era orientador geral e primeiro Prêmio Nobel de Medicina da América Latina, o argentino Bernardo Alberto Houssay. E como eu fiz um doutorado muito prestigiado na época, fui convidado para vir trabalhar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, onde trabalhei como professor durante muitos anos.

Aproximação com a prática de acupuntura e as dificuldades iniciais

Eu resolvi fazer acupuntura por achar interessante, não tanto por curiosidade, mas por achar que era uma porta que poderia ajudar, e que essas medicinas poderiam caminhar de braços dados num 'casamento' harmonioso... Evidente que eu achei curioso também; imagine conseguir tratar com uma agulha, e, com isso, tive outra visão, eu pensei: 'Não é possível que exista isso... algo tão importante que aqui no Brasil e no Ocidente praticamente não existe e que só os orientais conheciam!'... Logo, eu comecei a me interessar, eu soube que os chineses, mas, sobretudo, os japoneses faziam acupuntura aqui em São Paulo. Nessa época, aqui no Brasil, a acupuntura era praticada mais dentro da própria colônia, entre os próprios imigrantes...

Quando eu comecei a estudar acupuntura e que eu vi o resultado, eu percebi que, realmente, a acupuntura era muito eficiente, de grande importância, e que poderia ser usada sem necessidade de rompimento com a medicina ocidental; desta forma, eu poderia fazer uma associação muito mais interessante... por exemplo, um indivíduo com pneumonia, se for tratado com antibiótico, ele melhora, mas, se for tratado com antibiótico e acupuntura, as respostas são muito melhores, a recuperação é muito mais rápida, melhor, com menos sofrimento e menos agressão até mesmo pelo próprio medicamento...

O meu interesse pela acupuntura vem desde o tempo em que eu era estudante; estava fazendo o terceiro ou o quarto ano médico, quando li um trabalho a respeito de acupuntura numa revista médica francesa, *Presse Medicale*, e, coincidentemente, alguns meses depois, li outro artigo na revista da Ciba, aquela empresa suíça, a Ciba Foundation. Achei muito interessante essa coincidência e, a partir de então, comecei a me interessar por essa prática milenar chinesa. Nesta época, eu sempre estava à procura de notícia, só que a maior parte era informação superficial...

De modo geral, não tinha muita coisa aqui no Brasil, no Rio Grande do Sul não tinha nada. Quando vim para São Paulo, eu tinha a esperança de ter contacto com a acupuntura, porque tem uma colônia oriental muito grande, mas não tive acesso. Eu imaginei que, em São Paulo, na Santa Casa de Misericórdia, eu teria mais acesso, afinal, eu tinha e tenho amigos, alunos e colegas nisseis. As colônias japonesas eram muito fechadas e, infelizmente, não tive acesso. Só muito adiante, já no fim da década de 1950, uma tia minha, que morava no Rio de Janeiro, descobriu que havia uma pessoa que ela pensava que era médico, mas, na realidade, não era médico, era fisioterapeuta, o Frederico Spaeth, que fazia acupuntura... Eu fui à sua procura e em contacto com o Frederico, ele disse: 'Eu ensino e atendo quem quiser, quem tiver interesse...', que é o contrário dos núcleos orientais daqui de São Paulo.

O Frederico resolveu fazer um curso de acupuntura geral aqui em São Paulo para quem tivesse interesse. Ele vinha uma vez por semana para São Paulo, passava quarta, quinta e sexta, e trabalhava no Rio de Janeiro sábado, domingo, segunda e terça; aos domingos, ele atendia mais os amigos, um ambiente mais familiar do que propriamente profissional.

Fundação da Associação Brasileira de Acupuntura

Então, no final de 1958, o Frederico, junto com todo o grupo que tinha terminado esse primeiro curso de acupuntura, fundaram a Sociedade Brasileira de Acupuntura e Medicina Oriental. Em 1972, nós mudamos os estatutos e simplificamos o nome para Associação Brasileira de Acupuntura, porque, na realidade, nossa meta, nosso objetivo e nosso trabalho eram com acupuntura; as outras práticas da Medicina Chinesa, como, por exemplo, a fitoterapia, a gente não trabalhava...

A Associação Brasileira de Acupuntura, que fez cinquenta e poucos anos recentemente, continua oferecendo cursos de acupuntura. Expandimos e, atualmente, estamos presentes em grande parte dos estados do país, ministrando aquilo que começou com o Frederico Spaeth, no ano de 1958... A Associação Brasileira de Acupuntura tem desempenhado um papel extraordinário; de forma pioneira, nós difundimos a acupuntura dando cursos regulares aqui em São Paulo, no Rio de Janeiro, inclusive na Faculdade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro.

O marco da década de 1970 na introdução da acupuntura no Ocidente

O ano de 1972 foi muito importante, porque o presidente Richard Nixon foi à China, depois de uma aproximação prévia anterior... e lá aconteceu um episódio interessante, um dos membros da comitiva do Nixon, o jornalista James Reston, teve uma crise de apendicite na China e foi operado normalmente com anestesia, uma operação comum que se faz em qualquer parte do mundo. Os melhores cirurgiões chineses atenderam-no, afinal, fazia parte da comitiva do Nixon... No pós-operatório, ele estava com aquele mal-estar decorrente de uma cirurgia deste gênero, em que há distensão abdominal, retenção de gases e fezes, dificuldade de urinar e uma sensação muito ruim... Então, um dos membros da equipe que o operou perguntou se, antes de fazer a medicação ocidental correspondente, ele aceitaria se submeter a uma sessão de acupuntura, e ele respondeu afirmativamente; o resultado foi significativo e imediato, com grande alívio. Deambulando pelo hospital, James Reston viu o trabalho de acupuntura, o que a acupuntura fazia, qual era a visão dos pacientes e como eles eram tratados. Ao regressar aos Estados Unidos, ele publicou, no The New York Times, uma série de reportagens a respeito da viagem, sempre destacando a eficácia da acupuntura, o que ele tinha percebido nele mesmo, e o que havia visto na China. A partir do James Reston, os Estados Unidos começaram a entender, respeitar e aceitar a acupuntura, bem como mandar pessoas à China para ver e estudar...

As traduções dessas reportagens do James Reston no The New York Times foram publicadas aqui no Brasil em diversos jornais. Em São Paulo, a publicação foi no Estadão, e, no Rio de Janeiro, no jornal O Globo... Então, mudou a visão da acupuntura no mundo ocidental, inclusive no Brasil, dentro do princípio de que o que é bom para os Estados Unidos é bom para o Brasil. Se é bom para os Estados Unidos levar todos os nossos artistas, nossos intelectuais, é bom para o Brasil... então, leva!

Para mim, especificamente, foi muito importante esse ano porque um pouco antes, em 1969 ou 1970, eu fui processado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo por fazer acupuntura como médico. Isso era considerado um crime, uma violência à ética médica. Portanto, como eu fazia acupuntura e era médico, eu fui processado e condenado, em primeira instância; depois, eu recorri ao Conselho Federal de Medicina, que, na época, ainda estava no Rio de Janeiro. Neste ínterim, o Nixon voltou aos Estados Unidos e houve, também, as publicações do James Reston no The New York Times; com isso, eu fui beneficiado na segunda instância e absolvido pelo Conselho Federal de Medicina.

Posteriormente, eu também fui processado pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e do Estado do Mato Grosso, porque eu dava aula para não médicos. Quer dizer, fui processado porque tinha 'cachorro' e fui processado porque não tinha 'cachorro'; é mais ou menos isso que aconteceu comigo... O fato é que eu fui absolvido e continuo médico, praticando a minha atividade como acupunturista e lecionando, porque o maior objetivo era dar o exemplo.

Cabe ressaltar que a década de 1970 também teve um resquício da década 1960, em que houve uma mudança de concepções acerca do corpo, da qualidade de vida, sobretudo, em decorrência

do movimento hippie, que se expandiu no mundo, teve até aquele grande encontro de música, Woodstock... O movimento hippie também ajudou significativamente na mudança dessa visão acerca da acupuntura.

Seu grande mestre e amigo: Frederico Spaeth

O Frederico Spaeth teve muito prestígio não só aqui no Brasil, mas no mundo todo, pelo fato de ter tido muitos clientes de nível social, econômico e político elevado, e eu, pelo fato de ser professor da Santa Casa e gozar de certas facilidades de convites, difundimos juntos a acupuntura com conferências, palestras, simpósios, seminários, workshops e cursos. Nós organizamos, ao longo desses anos, nove Congressos Nacionais de Acupuntura com participação de profissionais do mundo todo; nós chamamos nacionais, embora viesse gente de fora do país, não só como conferencistas, mas também como participantes, e gente interessada, sobretudo da América do Sul, da Argentina, do Uruguai, do Chile e da Venezuela... levamos também para fora do país a nossa contribuição, mostrando a qualidade da acupuntura feita aqui no Brasil.

Embora nós participássemos de um modo muito ativo, o Frederico foi, sem dúvida, o grande nome de tudo isso. A acupuntura brasileira teve uma respeitabilidade muito grande, chegando ao ponto de o Frederico ser eleito Presidente da Associação Internacional de Acupuntura (Paris, França)... Nós sempre estivemos presentes, mostrando a qualidade da acupuntura exercida no Brasil. Nós sempre desenvolvemos um trabalho de altíssimo nível, respeitado internacionalmente; o Frederico é honoris causa em muitos países do mundo, eu sou honoris causa mais no Sri Lanka, na Venezuela, no Uruguai...

Início da dicotomia – médicos e não médicos

No início, até o terceiro ou quarto congresso de acupuntura, havia, na Associação Brasileira de Acupuntura, uma grande presença de médicos. Depois, começou a haver certa convicção por parte de alguns médicos de que somente eles poderiam fazer acupuntura, e não concordamos. Quem deve fazer acupuntura é quem sabe, sendo médico ou não... mesmo porque, nos cursos de medicina aqui no Brasil, o que se ensina de acupuntura é nada, são poucas escolas que dão algumas noções de acupuntura. Então, infelizmente, houve essa separação e hoje temos, portanto, uma dicotomia muito evidente, médicos e não médicos lutando em campos diferentes...

Inserção da acupuntura no serviço público da cidade de São Paulo

Quando a Erundina foi prefeita, ela se mostrou extremamente preocupada com a saúde, ela instituiu, na Secretaria de Saúde do Município, atendimentos de acupuntura. Nesta época, em muitos postos, foram abertos serviços de acupuntura, e o Delvo Ferraz foi o coordenador geral dos postos de acupuntura. Posteriormente, quando o Maluf sucedeu a Erundina, ele estabeleceu que somente médico poderia praticar acupuntura; com isso, além da qualidade ir para o 'brejo', a maior parte dos atendimentos de acupuntura nos postos de saúde, criados durante o governo da Erundina, foi interrompida. A Erundina fez um trabalho muito interessante, mas havia muito preconceito, porque era mulher e nordestina, mas extremamente inteligente... este trabalho que ela fez, por meio da Secretaria de Saúde do Município, foi fantástico, mas, depois, o Maluf decidiu que somente médicos poderiam fazer. Esta foi a grande escolha que a população fez, em vez da Erundina, mulher, nordestina, honesta, inteligente, digna e competente, escolheu outro, que fez um trabalho muito destruidor no que diz respeito à acupuntura aqui no Município de São Paulo.

O Delvo (Ferraz) era coordenador, ele desempenhou e desempenha um papel importante na acupuntura, digamos assim, mais ligada à área oficial. Como a Associação Brasileira de Acupuntura é uma entidade privada, a gente tem muita coisa, mas a linha privada só oferece apoio e suporte para o desenvolvimento da acupuntura nas áreas públicas. A gente participa dessas lutas e trabalhos; o Wu Tou Kwang inclusive participou e participa, de maneira muito ativa, junto conosco, no que diz respeito à acupuntura para médicos e não médicos.

Os “engodos”

É muito prejudicial para o país esse engodo de dizer que só médico deveria fazer acupuntura, que só médico é capaz e tem competência para tal... É comum algum cliente dizer: ‘Doutor, eu fiz acupuntura, mas foi com médico’. Evidente que existem médicos competentes, porém dizer que a acupuntura deveria ser exclusividade dos médicos é uma agressão à população brasileira. Será trágico se, por ventura, a acupuntura ficar exclusiva aos médicos, porque esse perigo é real, como pode ser verificado na existência do Ato Médico.

O Ato Médico, tal qual foi aprovado na Câmara dos Deputados, liquida a acupuntura para não médico; é muito possível, não digo provável, que seja aprovado, porque o lobby médico é muito forte. O médico tem um prestígio que nenhuma outra profissão goza... existem médicos na política e médicos que influenciam na política. Na verdade, esse poderoso lobby, que fez a aprovação do Ato Médico, é que lança os engodos, as mentirinhas ou ‘mentironas’. Eu sou médico, então, imagina eu falar isso, defender o não médico, para o Conselho Regional de Medicina, isso é uma coisa criminosa... Eu e o Wu fomos processados; eu tenho três processos já fechados, mas o Wu, como é mais político, foi até candidato a vereador, provavelmente tem ou teve muito mais...

A fracassada experiência da França

Um médico francês amigo meu, o Bernard Auteroche, respeitabilíssimo acupunturista e grande profissional, que infelizmente morreu há pouco tempo, me contou que, há cerca de vinte anos, a prática de acupuntura por não médicos foi proibida na França. Em consequência disso, a qualidade da acupuntura na França caiu vertiginosamente, e o número de acupunturistas diminuiu tão grandemente que boa parte da população, que tinha condições econômicas, ia se tratar nos países vizinhos... quem morava mais ao norte da França ia para Holanda, Bélgica ou Inglaterra, quem morava mais ao sul, ia para a Itália ou Espanha... Então, a acupuntura francesa sofreu enormemente, e isso redundou num prejuízo muito grande para a população, a situação foi tão dolorosa e trágica que, alguns anos depois, o Ministério da Saúde Francês voltou atrás. Hoje, na França, assim como na maioria dos países do mundo, médicos e não médicos podem praticar acupuntura; apenas em alguns poucos países há esta restrição, acredito que na Dinamarca, na Arábia Saudita, e em outro país que eu não me recordo. Na maioria dos países, a acupuntura é aberta para quem sabe, não para quem tem um diploma disso ou daquilo.

A época da “perseguição séria” – Ditadura

O Frederico foi preso pela polícia do Rio de Janeiro na época da perseguição séria, durante a ditadura; e o pai do Ricardo Maki, Sakae Maki, foi torturado pelo fato de fazer acupuntura, porque beneficiava e ajudava os outros...

Na época da ditadura, a perseguição era muito mais contra os que não eram médicos... eu fui perseguido e processado ainda na época da ditadura, no entanto era outra questão; a acupuntura era considerada, por muitos, como magia negra, vudu, charlatanismo, então, eu, como médico, não poderia fazer vudu... Em 1972, houve uma mudança desta visão após a publicação da história do James Reston e pelo resquício do movimento hippie, como já mencionei.

Relações internacionais do Brasil

Interessante, no início, a gente tinha uma relação muito grande com os países da América do Sul, sobretudo com a Argentina... todo ano, eles vinham para o Brasil para participar dos nossos encontros, dos nossos congressos, e a gente ia para lá, para participar dos encontros, ouvir tango e comer carne gostosa! O nosso grande contacto era, também, com a França, na realidade, por intermédio mais do Frederico, que foi o nosso mestre e o grande herói da acupuntura brasileira. O Frederico estudou com o Stiefvater, que foi aluno do George Soulié de Morant...

O Soulié de Morant, diplomata e profundo conhecedor da tradição chinesa, foi quem trouxe a acupuntura para o Ocidente, especificamente para a França. Ele não era médico, quer dizer, não era médico aqui no Ocidente, mas, na China, ele recebeu o título de doutor em medicina oriental. O Soulié teve muitos alunos que, junto com o ele, complementaram seu próprio trabalho. Um desses alunos foi o Eric Stiefvater, aliás, a mulher dele também fez o curso com o Soulié, os alemães Ilse e Eric Stiefvater. O Frederico também era alemão, nascido em Luxemburgo, mas com nacionalidade alemã, e parte da família dele era francesa. Então, a nossa linha é francesa, e procuramos conservar o que há de mais profundo e puro da acupuntura tradicional chinesa.

O Soulié e o Frederico não eram médicos, coitados, pensaram... o Frederico foi muito perseguido, intimidado com ameaças até meio veladas: 'Você não acha que é perigoso você fazer acupuntura?'

A lenda da origem da acupuntura – Atlântida

Existem lendas que dizem que a acupuntura é muito anterior ao chinês; na verdade, a civilização da Atlântida teria sido o berço da acupuntura. A destruição da Atlântida favoreceu a expansão da acupuntura, porque, com o desaparecimento daquele núcleo, os sobreviventes se espalharam pelo mundo. Segundo essa lenda, quando a Atlântida foi destruída, os mais cultos, os mais importantes, os mais sabedores a respeito do assunto foram para a China, e os demais foram para as outras regiões do mundo, inclusive, para as Américas e para a África.

Então, aqui no Brasil, ainda hoje, algumas tribos indígenas fazem um arremedo de acupuntura... Um amigo meu, fisioterapeuta e acupunturista, trabalhava na Chapada dos Guimarães, e visitando o interior do Mato Grosso, sul do Pará, Rondônia, conseguiu anotar 104 pontos no corpo em que diferentes tribos faziam uma espécie de acupuntura. Uma aluna minha viu, na Ilha de Bananal, uma índia quebrar uma pedra aquecida ao sol e as espículas mais finas foram colocadas em outra índia com problema de saúde. O Frederico tinha uma cliente antropóloga casada com um índio, e que morou uma temporada numa aldeia, e ela confirmava a existência de uma espécie de acupuntura.

Em outras regiões do mundo também há resquícios históricos sobre a acupuntura; no Peru, com os incas; aqui no Brasil, eu vi, no Museu do Índio em Manaus, uma estante com estiletes de madeira e escrito embaixo: 'Estiletes usados por pajés para tratamento de saúde'. No México, com os astecas e os maias, existem também referências a uma espécie de acupuntura. Existe uma acupuntura egípcia; eu fiz o curso introdutório, usa-se somente uma agulha de prata, romba, que não penetra só toca. Na África do Sul, também tem uma forma de acupuntura rudimentar.

Enfim, não se sabe realmente se existiu essa tal Atlântida, mas, se tiver existido, explicaria a presença dessa forma primitiva de acupuntura a que eu estou me referindo. Bom, o fato é que a acupuntura tal qual nós conhecemos veio da China, embora uma amiga coreana diga que veio da Coreia e que, depois, foi para China... é brincadeira de uma acupunturista amiga minha, ela defende os patrícios dela. Ela explica que o tipo físico e a fisionomia de alguns personagens são mais parecidos com os coreanos do que realmente com os chineses... No entanto, o fato é que a acupuntura chinesa é realmente a primeira referência.

Introdução da acupuntura no Brasil

Eu li uma história em um panfleto publicado em Salvador mostrando que o ano de 1808 foi uma das primeiras referências da introdução da acupuntura chinesa no Brasil. Esta introdução se deu por meio da imigração de acupunturistas de Macau, trazidos por Dom João VI; naquela época, Macau era possessão portuguesa... Infelizmente, não sei onde foi que eu deixei essa publicação, porque eu viajei, mudei de casa, de cidade, passei cinco anos em Cuiabá... Dizem que três mudanças são iguais a um incêndio, e eu fiz cerca de quatro mudanças...

Em 1858, há referências de acupunturistas que vieram para São Paulo, japoneses que vieram para a região do Vale do Ribeira, e japoneses que foram para o Pará para o cultivo de pimenta do reino, na região de Tomé-Açu, que ainda hoje é o grande produtor de pimenta-do-reino aqui no Brasil...

Contudo, esses japoneses que trouxeram a acupuntura não deram continuidade, não houve interesse de passar adiante...

Em 1908, chegou ao Brasil o navio japonês, o Kasato Maru, trazendo imigrantes e também acupunturistas; a partir daí, houve continuidade da acupuntura, porém restrita e limitada à colônia. Eu acredito que devia ser difícil praticá-la fora da colônia, até mesmo por questões de preconceito, provavelmente, eles se defendiam assim, se fechando...

E por fim, em 1958, foi fundada a Associação Brasileira de Acupuntura. Eu gosto de lembrar esses fatos, primeiro, porque esse lado é pouco conhecido; segundo, porque houve uma coincidência de cinquenta anos: 1808, a chegada de Dom João VI; 1858, a chegada desses imigrantes para Tomé-Açu; 1908, a chegada do Kasato Maru; 1958, a fundação da Associação Brasileira de Acupuntura.

A luta pelos direitos da prática da acupuntura

Nós corremos um risco muito sério, porque eu entendo que, se aqui no Brasil a acupuntura for restrita aos médicos, vai ser trágico para a população, uma tragédia em longo prazo. O povo não vai entender, nem sequer perceber – já não percebe hoje, por causa desse engodo, afinal de contas, a própria mídia é dominada por médicos. Então, a população, coitada, nem sabe disso, nem sabe que fazer acupuntura no decorrer da vida é bom para a saúde, nem sabe que, ao se fazer acupuntura em gestante, a criança nasce em melhores condições e a gestação correrá muito mais sossegada e tranquila... talvez os próprios médicos que fazem essa 'coisa' que eles chamam de acupuntura, que deveria se chamar 'agulhaterapia', nem saibam. Enfim, nós corremos esse risco. Esse ano de 2012 talvez não, porque é o ano das eleições municipais, ano de CPIs, então, toda a preocupação está voltada para isso; tem muito movimento, mas, quando acalmar, o lobby vem com tudo, com força total!

Há pouco foi publicado que somente os médicos poderiam praticar acupuntura, mas não colocaram que ganhou apenas uma liminar, esses são os engodos aos quais eu me refiro... é uma forma de usar a mídia a favor. Infelizmente, a mídia acata e transmite essas ideias; primeiro, a influência médica sobre ela é ampla; segundo, o número de médicos que fazem acupuntura e escrevem sobre acupuntura, como o caso daquele médico que aparece na Globo sempre, um dos maiores inimigos da acupuntura multiprofissional do país, o Drauzio Varella, é grande.

Hoje, eu defendo que todo médico deveria ter, pelo menos, alguma noção, não para fazer acupuntura, mas para entender que é útil e eficiente; e, desta forma, recomendar acupuntura ou dirigir aquele paciente para quem sabe. Essa minha forma de ver já me deu muita 'dor de cabeça'... continua dando algumas pelo fato de eu defender que não médico pratique acupuntura e achar criminoso e trágico se a acupuntura ficar restrita aos médicos. No mundo civilizado não é considerada exclusividade médica: nos Estados Unidos, na França, no Canadá, na Inglaterra, na Alemanha; por que é que o Brasil quer ser diferente dos outros? Por que os sábios brasileiros, os sábios médicos brasileiros, defendem esses argumentos tão falaciosos?

A acupuntura pode, realmente, levar à morte; há cerca de 15 anos, foi publicada, na Dinamarca, notícia sobre a morte de uma pessoa por acupuntura... Esse episódio foi uma fatalidade, o médico inseriu uma agulha no acuponto VC17, que corresponde a uma área em que, frequentemente, há uma malformação conhecida como Persistência do Forame Oval, em que não há o fechamento do esterno. O médico fez o tratamento na moça, e ela conversando bateu, a agulha penetrou e tocou na área de estimulação cardíaca...

Existe também o risco de pneumotórax, até hoje, a maioria foi causada por médicos; na realidade, grande parte dos acidentes por acupuntura foi causado por médicos... mas, infelizmente, não mencionam isso, assim como esquecem de dizer que a incidência de problemas decorrentes do uso de acupuntura é insignificante.

Eu pedi a uma cliente minha, que trabalha na Bireme, para fazer um levantamento dos acidentes que aconteceram em dez anos, de meados da década de 1980 a 1990, dos casos de infecção,

contaminação e pneumotórax causados por acupuntura; o total levantado por ela foi de duzentos e tantos casos. O Colégio Médico de Acupuntura publicou essa informação mostrando o 'grande risco', porque, em dez anos, havia cerca de trezentos casos publicados... provavelmente, daria mais contando os que não foram publicados. Vamos supor que sejam seiscentos, em dez anos... isso significa, em média, sessenta casos por ano e cerca de cinco casos por mês no mundo todo. Quantos bilhões de inserções estão sendo realizados neste momento, lembrando que a China tem um bilhão e trezentos milhões de habitantes, a Índia quase a mesma coisa, o Japão tem mais de cem milhões de habitantes, e no resto do mundo? Quantos casos de infecção hospitalar estão acontecendo neste momento em Rondônia, São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Porto Alegre, Florianópolis? Quantos casos de erros médicos estão acontecendo agora em Belo Horizonte, Porto Alegre, Florianópolis, Curitiba, Fortaleza, Manaus, Brasília, Cuiabá? Quer dizer, é um argumento falacioso, sórdido, mentiroso...

Quanto ao argumento dos médicos sobre a questão do diagnóstico, vale ressaltar que a acupuntura de qualidade tem seu diagnóstico próprio; o acupunturista não precisa tanto do diagnóstico ocidental, se tiver esse diagnóstico também, ótimo. Entretanto, não é essencial o diagnóstico ocidental, já que o acupunturista possui os métodos para fazer o seu próprio diagnóstico. Portanto, isso também é um argumento falacioso.

Outra questão interessante é que, normalmente, os brasileiros que fazem acupuntura só procuram este tratamento como último recurso... já procuraram médicos, têm um monte de exames e de diagnósticos, muitas vezes conflitantes; já foram em benzedeira, não deu certo, por fim, resolveram procurar acupuntura... Portanto, essa questão do diagnóstico é um argumento de quem não tem argumento. Então, eu e outros profissionais que conheço defendemos essa ideia com o risco até de perder o diploma... eu nunca fui ameaçado de nada, as ameaças foram somente sobre os coitados do Frederico e do Maki.

As décadas de 1960 e 1970 foram bem difíceis... se, por um lado, era a época dos hippies, por outro lado, era época de intensa perseguição da ditadura. O berço da acupuntura é a China e, se veio da China, era considerada comunista, e, se era comunista, precisava ser combatida... É com tristeza que eu digo que foi assim, esse aspecto político foi sério... Então, muitas vezes, os acupunturistas eram considerados comunistas; justamente porque a acupuntura veio da China, eles associavam uma coisa à outra... Portanto, grande parte da perseguição era dessa ordem.

O preconceito

Houve muito preconceito por parte dos meus colegas, eu fui vítima de muito preconceito e processado porque fazia acupuntura. Foi muito difícil, já paguei alguns pecados, não todos; muitos eu ainda não paguei, mas tenho a consciência de que procurei fazer o melhor, o mais justo, o mais certo... aquilo que as minhas convicções e meus ideais me apontaram como honesto, digno [...] e, posso dizer, como arma para ajudar os outros. Acredito que eu ajudei e ajudo, ensinei e ensino a ajudar; tem uma música que diz: 'enquanto houver força em meu peito...', então eu digo: 'enquanto houver força em meu peito, eu ajudarei e ensinarei a ajudar'.

Colaboradores

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

Referências

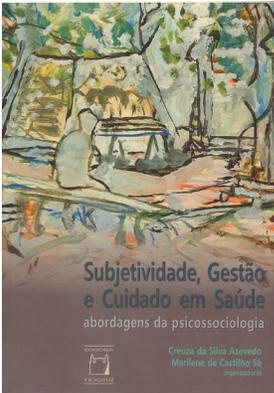
1. Gallian DMC. 75x75: EPM/Unifesp, uma história, 75 vidas. São Paulo: Unifesp; 2008.
2. Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 2005.
3. Meihy JCSB, Holanda F. História oral: como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto; 2007.

Palavras-chave: Acupuntura. História oral. Entrevista. Regulamentação de Organismos de Política.

Keywords: Acupuncture. Oral History. Interview. Regulations for Policy Organizations.

Palabras clave: Acupuntura. Historia Oral. Entrevista. Reglamentación de Organismos de Política.

Recebido em 19/05/15. Aprovado em 29/05/15.



Azevedo CS, Sá MC, organizadores. Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.

Mauro da Costa Fernandes^(a)
João Leite Ferreira Neto^(b)

As autoras têm desenvolvido suas respectivas trajetórias acadêmicas no campo da Saúde Coletiva, mais especificamente, no âmbito do planejamento e gestão em saúde, a partir dos temas: subjetividade, humanização, produção do cuidado em saúde, dentre outros.

A obra em questão apresenta profícuos estudos e reflexões a respeito da gestão dos serviços públicos de saúde no Brasil, com apontamentos provocadores no que tange aos desafios das políticas públicas nesse setor na sociedade contemporânea.

Desenvolve uma articulação entre as abordagens da psicossociologia francesa (Enriquez e Lévy), psicodinâmica do trabalho (Dejours), a psicanálise (Kaes e Winnicott), e as discussões sobre gestão em saúde. Trata-se, assim, de explorar abordagens teórico-metodológicas de pesquisa e intervenção, tendo como objeto, nas palavras das organizadoras, “as relações entre subjetividade, gestão e cuidado em saúde” (p. 15). O plural da expressão “abordagens” do subtítulo acentua o fato de que, juntamente com a articulação proposta baseada em um conjunto delimitado de autores e correntes, há uma pluralidade e diversidade nesse coletivo de autores,

que, de um lado, compartilham bases comuns e, por outro, produzem inflexões singulares.

Passados quase trinta anos de efervescentes debates e conquistas desde a Reforma Sanitária, desencadeando-se, então, com os “primeiros passos” do SUS, são inegáveis os avanços em relação ao acesso de grande parte de nossa população a uma gama significativa de serviços de saúde. No entanto, nos últimos anos, temos nos deparado com inúmeros entraves que vão, da continuidade com qualidade dessa ampliação, até o fortalecimento “radical” da integralidade do cuidado em saúde.

Dentre alguns entraves destacados pelas autoras, temos: o financiamento ainda reduzido, culminando na precarização de inúmeros serviços, na terceirização e no contingente limitado de profissionais da saúde nos três níveis de atenção; a precariedade das condições de trabalho, incluindo as de cunho tecnológico; a formação profissional e em serviço deficitária e com pouca organicidade com os princípios e diretrizes do SUS; a omissão dos profissionais de saúde; falta de ética; a pouca relação com a dimensão do cuidado de si, com os demais profissionais e com os usuários, entre outros.

^(a) Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Minas Gerais, Campus Betim, mcferrandes040@gmail.com

^(b) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. Bolsista produtividade CNPq. jleite.bhe@terra.com.br

O debate sobre os desafios da gestão na contemporaneidade perpassa toda a obra, desde o enfoque na precarização das condições de trabalho, destacando-se como pano de fundo da dimensão produtiva, até o imperativo do âmbito financeiro em relação a outras dimensões do cotidiano da gestão. Como consequências dessa tendência, temos: o assujeitamento, o sofrimento psíquico, o esvaziamento de sentido, o medo do desemprego, dentre outros problemas vivenciados no trabalho.

Na esfera do predomínio de uma “subjetividade capitalista”, expressão de Félix Guattari, temos nos deparado cotidianamente, no plano das organizações, com a reificação do trabalho e do trabalhador. Nos serviços de saúde, conforme frisado pelas organizadoras, a situação de degradação das condições de trabalho, juntamente com as deficiências e precariedades de toda ordem, conferem a esse setor a condição de uma severa crise. Os princípios democráticos do SUS, a prestação qualificada dos serviços de saúde à população, bem como o reconhecimento desses serviços como um bem público, necessitam, cotidianamente, serem defendidos como elementos estruturantes.

Alguns princípios estruturantes defendidos na gestão do trabalho em saúde, no cuidado de si e dos outros, bem como a construção de vínculos fraternos, cooperativos, solidários, têm se apresentado ainda mais complexos na contemporaneidade. A intensificação do individualismo e do consumismo; a tolerância com as injustiças sociais; a transição de um *ethos* centrado no público para outro, direcionado ao privado, aliados à intensa corrosão das condições de trabalho, têm se consolidado como severos obstáculos aos princípios defendidos à gestão do trabalho em saúde na obra em destaque.

Discorreremos, na sequência, sobre elementos dos quatorze capítulos, destacando pontos da costura entre gestão, subjetividade e cuidado em saúde, proveniente das experiências de pesquisa, ensino e extensão dos(as) autores(as) que colaboraram nesta obra coletiva.

A coletânea é dividida em duas seções. A primeira, “Caminhos do pensamento”, privilegia a discussão teórico-conceitual, e a segunda, “Construindo caminhos de pesquisa e intervenção em serviços de Saúde”, explora estudos empíricos e práticas de intervenção, amparados pelos temas explorados na primeira seção.

No capítulo de abertura da obra, Sá e Azevedo apresentam o marco teórico que tem presidido a pesquisa e o trabalho do grupo de colaboradores, assentado na análise psicossocial da relação entre subjetividade e gestão. O texto funciona como embasamento teórico-metodológico para o restante dos artigos que exploram aspectos teóricos ou empíricos específicos. Funciona, portanto, como guia introdutório de leitura para o restante do livro.

No segundo capítulo, Azevedo discute o enfraquecimento evidente do ideário da fraternidade na sociedade contemporânea, sugerindo que a ética do laço fraterno se dá, acima de tudo, no reconhecimento do sujeito como “incompleto e precário”. Assim, a fraternidade só seria possível se o sujeito não se tomar como “autossuficiente”. Para a autora, a autossuficiência é justamente uma das características subjetivas mais evidentes na contemporaneidade, ancorada na “cultura do narcisismo” e na “sociedade do espetáculo”. Apesar de o momento contemporâneo mostrar-se pouco favorável à constituição de laços sociais e projetos coletivos de trabalho, isso não significa esgotamento das possibilidades de tais construções, e, por isso, a autora aponta caminhos alternativos de resistência e de invenção para a construção de projetos coletivos.

O capítulo três traz a contribuição internacional de Enriquez com Carreiro, que retoma a discussão sobre resistência e reconhecimento nas sociedades contemporâneas. Na sequência, Miranda utiliza os aportes do psicanalista Winnicott, para discutir a criatividade no trabalho em saúde.

No capítulo cinco, Fonseca apresenta estudos no âmbito da Saúde Coletiva que extrapolam a perspectiva macro, e nos convida a refletir sobre diferentes óticas referentes à subjetividade, aos afetos, aos sofrimentos que permeiam esse fazer cotidiano no trabalho em saúde. Segundo a autora, reconhecer o profissional de saúde como sujeito é uma das condições importantes para minimizar o sofrimento psíquico. Além disso, há que se considerar, no âmbito da gestão em saúde, o hiato existente entre trabalho prescrito e trabalho real, muitas vezes geradores, em potencial, desse sofrimento. Possíveis leituras desse “hiato” podem suscitar ora espaço para a criatividade, ora fonte de angústia em função de situações de difíceis enfrentamentos.

Considerar os trabalhadores como sujeitos portadores de afetos, os mais variados possíveis, e que tais afetos possam ter vazão em espaços grupais, como forma de possibilitar a qualidade dos serviços em saúde, pode contribuir para minimizar o sofrimento psíquico do trabalhador nos serviços de saúde.

Nos capítulos seis e sete, são apresentadas duas abordagens teórico-metodológicas, por Azevedo e Sá, respectivamente: a abordagem das narrativas de vida e a clínica psicossociológica de pesquisa e intervenção em saúde, encerrando, assim, a primeira seção do livro.

A segunda seção traz estudos empíricos realizados em diferentes campos em saúde: atenção hospitalar, Saúde Mental, Estratégia Saúde da Família, Atenção Psicossocial. O capítulo oito baseia-se em pesquisa em Centros de Referência em Saúde Mental (Cersam), denominação belo-horizontina dos CAPS mineiros; o nono estuda um hospital público de emergência; o décimo retoma o trabalho em Saúde Mental; e o capítulo onze aborda o trabalho em equipe em uma unidade de Saúde da Família; os três últimos capítulos estudam diferentes instituições hospitalares. Ou seja, temos um cardápio variado de pesquisas e intervenções em diferentes campos, sustentadas pelo esforço de construção de um olhar psicossociológico sobre práticas de gestão e cuidado em saúde. Destacaremos, a seguir, em função da amplitude do material presente na coletânea, três pesquisas.

No capítulo 11, Cunha e Sá, por meio do estudo de caso de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) tida como de referência no município de Nova Iguaçu-RJ, evidenciam a precarização dos serviços de saúde e das condições de trabalho na qual a maior parte dos profissionais apresentam vínculo empregatício precário, cujos contratos vinculam-se a uma cooperativa, exceção dada aos agentes comunitários de saúde (ACS), que são concursados. Tal condição tem produzido alta rotatividade e construção de vínculos trabalhistas frágeis; além da institucionalização de “jeitinhos”, como o não-cumprimento da carga horária de trabalho, concomitante ao desabastecimento e falta de manutenção física e de equipamentos na rede assistencial. Na UBS estudada, tais constatações apontam que, apesar do conjunto das dificuldades relativas ao cotidiano de trabalho, em alguns momentos foi possível

perceber o “cuidado” com o outro, mesmo que aparentemente limitado. Para as autoras, dar visibilidade à subjetividade dos profissionais como elemento estruturante para a gestão dos serviços de saúde, pode se constituir como perspectiva para práticas de cuidado solidárias nos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, a subjetividade é indissociável das condições concretas de trabalho e, portanto, não pode ser pensada apenas em uma dimensão abstrata.

No capítulo 12, Azevedo e Sá apresentam alguns desafios da qualificação da gestão em saúde pública, a partir da experiência do Laboratório de Práticas Gerenciais (LGP) da Ensp/Fiocruz em hospitais públicos, como dispositivo grupal inserido na formação gerencial. Entendem que, para além da ampliação do financiamento, a formação profissional e em serviço, ou formação continuada, faz-se importante a existência de intervenções recorrentes. Estas operam como estratégias que possibilitem a fala e a escuta do sujeito trabalhador (seus desejos, aspirações, angústias, conquistas, frustrações, medos), juntamente com o reconhecimento de suas ações, independentemente da posição hierárquica no grupo. O projeto consiste em minimizar o sofrimento psíquico no trabalho em saúde, além de possibilitar a construção de vínculos coletivos na perspectiva do cuidar de si e do outro. As autoras consideram que a necessidade do acolhimento do outro – profissional – precisa ser construída no processo de formação continuada nos serviços de saúde, o que poderá vir a contribuir para uma formação subjetiva mais fraterna.

No capítulo 13, Azevedo e Sá nos convidam a importantes reflexões com base em uma experiência investigativa de humanização no tratamento do câncer infanto-juvenil, denominada “Aquário carioca”. Um dos pontos principais do projeto diz respeito à preponderância da construção do espaço lúdico como espaço acolhedor para crianças e adolescentes em tratamento quimioterápico. A perspectiva do brincar, além de significar um elemento fundamental no cuidado e no acolhimento das crianças e seus familiares, possibilita minimizar os sofrimentos advindos do tratamento quimioterápico. Faz-se necessário, nesse sentido, reforçar a dimensão intersubjetiva nos trabalhos em saúde, cujas intervenções se dão de um sujeito sobre outro, em suas distintas

experiências de vida: prazer, dor, sofrimento e morte. Nos relatos de usuários e profissionais de saúde apresentados na investigação em questão, destacam-se: o sofrimento psíquico dos profissionais que lidam com o sofrimento dos sujeitos em tratamento e seus familiares, ambos imersos em questões burocráticas nos serviços que envolvem longos períodos de espera – da consulta médica até o início da infusão quimioterápica nos leitos – perpassando pelas condições de vida desfavoráveis de muitas famílias; mas, também, o reconhecimento de uma assistência sensível e cuidadosa empreendida pelos profissionais de saúde nesses serviços. A capacidade de investimento das equipes de trabalho, os vínculos construídos com os usuários, além da competência técnica e a experiência dos profissionais envolvidos, potencializam a qualidade do cuidado produzido no hospital estudado, mesmo quando diversas condições desfavoráveis se constituem como oponentes a tal perspectiva.

No intuito de provocar reflexões a respeito da perspectiva de se reconhecer a importância dos projetos coletivos de trabalho com ênfase na constituição dos laços fraternos, compreendemos que tais dimensões necessitam ser aprendidas, vivenciadas pelos sujeitos durante a experiência na formação inicial e/ou formação continuada. Considerar que tais elementos se consolidarão mais ou menos nos processos cotidianos do trabalho em saúde nos parece insuficiente. Que concepções de atuação, trabalho coletivo, cuidado de si e do outro tem sido determinante na formação inicial e continuada em saúde? Que diálogos os serviços públicos de saúde têm estabelecido com as instituições de Ensino

Superior, a respeito da importância da dimensão do cuidado e do afeto nas ações em saúde?

O desafio do investimento público em saúde mereceria ser destacado para além da denúncia da precarização do mesmo. Da forma como se encontra atualmente, o contingente financeiro dispendido pelas instâncias estatais tem sido suficiente para a efetivação do princípio da “universalização” dos serviços de saúde com um mínimo de qualidade esperada? A perspectiva da terceirização nos serviços públicos de saúde, incluindo-se a gestão, tem apresentado resultados satisfatórios a ponto de reconhecer sua legitimidade? Propostas para a superação de tais questões poderiam ser mais exploradas visto que o eixo estruturante da obra aborda sobre a gestão dos serviços públicos de saúde e seu processo continuado de precarização. A construção de subjetividades que dialogam com os princípios do SUS perpassa pela melhoria contínua das condições objetivas de trabalho.

Ressaltamos que abre-se, assim, um importante veio de discussão, que deverá ser complementado em outros estudos que poderão concorrer na exploração de aspectos da realidade institucional menos explorados nesta obra.

A obra organizada por Azevedo e Sá (2013) apresenta, aos leitores, profissionais da saúde e pesquisadores da área, importantes contribuições na gestão dos serviços em saúde, da Atenção Básica à alta complexidade. Combina uma pluralidade teórico-metodológica, mediante abordagens que valorizam uma perspectiva psicossociológica em torno dos eixos da subjetividade, gestão e do cuidado em saúde, sendo, assim, uma leitura relevante para todos que trabalham e pesquisam no campo da Saúde Coletiva.

Recebido em 16/01/15. Aprovado em 18/05/15.

A vagina-escola:

seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde

Carmen Simone Grilo Diniz^(a)Denise Yoshie Niy^(b)Halana Faria de Aguiar Andrezzo^(c)Priscila Cavalcanti Albuquerque Carvalho^(d)Heloisa de Oliveira Salgado^(e)

Antecedentes

Desde a década de 1950, quando se criaram as primeiras associações a apontar a “crueldade contra as grávidas”, numerosas iniciativas, grupos e redes se formaram com a finalidade de visibilizar e reduzir as várias formas de desrespeito e abuso contra as mulheres na assistência ao parto¹. O que no Brasil, hoje, chamamos de “violência obstétrica” é um tema antigo, que eclode periodicamente, sob diferentes termos².

Como profissionais de saúde, somos socializados a crer que nosso atendimento é sempre uma ajuda às mulheres, e ficamos chocados, às vezes hostis, diante das narrativas das parturientes que percebem nossa assistência como um abuso, um desrespeito, uma forma de indignidade². As mulheres, por sua vez, receiam falar sobre o assunto, temendo melindrar aqueles dos quais podem um dia depender. É como se falar do problema provocasse sua existência, de forma que, muitas vezes, se prefere o silêncio, ou a formulação de narrativas menos ameaçadoras às relações sociais. No Brasil, a Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna), em sua carta de fundação (1993), parte do reconhecimento das “circunstâncias de violência e constrangimento em que se dá a assistência”³. Porém, a organização, deliberadamente, abriu mão de falar do enfrentamento à violência, ao privilegiar termos como ‘humanizar o parto’, ‘promover os direitos humanos das mulheres’ e ‘melhorar o acolhimento’, temendo uma reação hostil dos profissionais diante da acusação de violência⁴.

Pode-se dizer que a medicina baseada em evidências (MBE), que começa na área de saúde perinatal⁵, é um movimento de profissionais de saúde aliados a movimentos de mulheres⁶ preocupado em dar visibilidade às rotinas de sofrimento desnecessário no parto e aos seus efeitos prejudiciais, como: proibição da presença de familiares, imobilização física, privação de água e alimentos, lavagens retais, raspagem de pelos pubianos, entre outras. Este movimento chama a

^(a) Departamento de Saúde Materno-infantil, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo (USP). Av. Dr. Arnaldo, 715, sala 203. São Paulo, SP, Brasil. 01246-904. sidiniz@usp.br

^(b,e) Doutorado em Ciências, Faculdade de Saúde Pública, USP. denise.niy@gmail.com; hellosalgado@gmail.com

^(c,d) Mestranda em Ciências, Faculdade de Saúde Pública, USP. halanita@usp.br; pccadadvogada@gmail.com

atenção para intervenções agressivas praticadas rotineiramente, como episiotomia (corte da vagina durante o parto), fórceps, aceleração do parto, entre outras⁷. Nas últimas três décadas, o movimento da MBE construiu a evidência 'dura' de ensaios clínicos e revisões sistemáticas a favor de rotinas menos agressivas, mais amigáveis a mulheres e bebês, protegendo-os de abusos. Destacam-se os benefícios: da atenção ao conforto físico e emocional da mulher, da presença de acompanhantes e doulas^{8,9}, da liberdade de movimentar-se e escolher a posição de parir, da valorização da integridade genital materna, do contato pele a pele entre mãe e bebê na primeira hora de vida, do corte tardio do cordão, entre outros¹⁰.

Em países permeáveis às evidências científicas, este movimento foi muito efetivo em questionar a tradição, e em mudar as rotinas de assistência e os valores subjacentes¹⁰. Porém, em outros contextos, sobretudo nos países de renda média com uma medicina pouco regulada, a prática clínica tem sido pouco permeável às evidências, como no caso do Brasil¹¹, criando uma contradição adicional: a permanência, não regulada, de intervenções reconhecidamente inseguras e dolorosas, o que configura uma forma de violação de direitos 'nova', sendo a novidade o seu reconhecimento como problema e não sua ocorrência.

Para os movimentos sociais que se organizam pela mudança do modelo de atenção ao parto, a permanência de uma assistência agressiva tem como finalidade coagir à cesárea, tornada assim, comparativamente, uma alternativa menos aflitiva, dolorosa e insegura. Segundo estes movimentos, "chega de parto violento para vender cesárea"¹².

Novas narrativas sobre direitos e sobre abusos

No Brasil, as seguidas tentativas de políticas públicas dirigidas à mudança da assistência ao parto tiveram efeito limitado, com taxas altas e estagnadas de morbimortalidade materna e aumento constante das cesáreas e da prematuridade. As instituições reguladoras resistem a exercer seu papel, e, desse modo, não favorecem a efetivação das políticas. Ao mesmo tempo, o aparelho formador continua a reproduzir práticas instituídas há décadas, desconsiderando os conhecimentos científicos acumulados mais recentemente, e abordando a mulher não como sujeito de direitos, mas como objeto de sua atuação^{13,14}. Diante disso, os movimentos sociais têm apelado a recursos como o Ministério Público, buscando coibir abusos e regular minimamente as intervenções no parto. Isso tem resultado em inúmeras audiências públicas sobre abuso de intervenções e violência obstétrica em todo o país.

Estas audiências focam questões como o abuso de cesárea no setor suplementar e temas diversos relativos à violência obstétrica. No primeiro caso, uma ação civil pública foi iniciada¹⁵ diante de denúncia da Rede Parto do Princípio (2006)¹⁶, resultando na edição de normativa pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, em 2015, com vistas a regular a realização de cesarianas¹⁷. Ainda que a efetividade de tal norma seja questionável, é inegável que uma de suas componentes – a obrigatoriedade de os convênios divulgarem as taxas de cesarianas dos profissionais de saúde e maternidades – afeta o equilíbrio de poderes ora estabelecido.

Nestas audiências, movimentos sociais argumentam que a permanência do ensino acrítico de procedimentos dolorosos e, por vezes, desnecessários reflete o ensino de valores que atribuem predominância aos profissionais de saúde, ao mesmo tempo em que despersonalizam as mulheres¹⁸⁻²³. Assim, por exemplo, na prática, ensina-se, aos futuros profissionais, que a paciente não tem direito à escolha ou à recusa informada, e que as necessidades de ensino dos treinandos são mais importantes que a autonomia ou a integridade corporal das parturientes. Nesse sentido, foram consideradas violações de direitos: o uso excessivo ('liberal') de procedimentos sem base em evidências, potencialmente danosos, sem problematizar os efeitos adversos em mães e bebês; bem como as intervenções feitas sem autorização da paciente, e, mesmo, à revelia de sua desautorização expressada verbalmente e por escrito, apenas com a finalidade de treinar técnicas cirúrgicas (como episiotomias e fórceps 'didáticos').

No segundo semestre de 2014, em duas dessas audiências em São Paulo^{21,23}, um depoimento foi especialmente perturbador: Mary Dias, estudante universitária, negra, relatou que, em um hospital-escola, recebeu duas episiotomias em um mesmo parto. Ela conta que ouviu um dos profissionais falar

para dois alunos: “você corta à direita e o outro corta à esquerda”, supostamente para que ambos tivessem a oportunidade de treinar o corte e a sutura em sua vagina.

O ensino de obstetrícia no Brasil, tradicionalmente, requer que o aluno realize um certo número de procedimentos para que seja avaliado. Em outros países, a episiotomia e o fórceps, por exemplo, são treinados, preferencialmente, em modelos sintéticos e peças específicas, ao passo que, no Brasil, muitos profissionais relatam começar seu treinamento das habilidades cirúrgicas nas pacientes, via de regra usuárias do SUS. Vários autores mostram a cultura disseminada do ensino do uso não informado, não consentido, das vaginas das parturientes pobres pelos alunos de medicina e outras profissões, para fins de treinamento de habilidades²⁴⁻²⁷. Tais abusos permanecem normalizados por uma cultura institucional que não os reconhece como violações de direitos^{12,24,27}.

O ensino da técnica cirúrgica não deveria estar descolado do ensino de valores e da ética profissional, e o caso de Mary Dias reflete a inter-relação destas duas dimensões do ensino: por um lado, a resistência ao reconhecimento das evidências científicas que recomendam o uso da episiotomia somente em situações muito excepcionais²⁸ ou, mesmo, sua abolição²⁹; e, por outro, a resistência ao reconhecimento e ao ensino dos direitos humanos das pacientes, bem como de seu direito à escolha e à recusa informada. Por fim, resta salientar que a situação expressa o desconhecimento do direito da mulher à integridade corporal, que deve ser preservada sempre que possível^{12,12}.

O seminário “A vagina-escola”

A fim de promover o diálogo entre os setores envolvidos, em março de 2015, realizamos, na Faculdade de Saúde Pública da USP, um evento intitulado “A vagina-escola: seminário sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde”, como parte da disciplina eletiva de graduação “Gênero, raça/etnia, sexualidades e saúde pública”. O termo “vagina-escola” foi usado por entrevistados em uma pesquisa do grupo⁴, comentando a formação dos profissionais: seria relacionado ao fato de que, em muitas escolas médicas, a episiotomia é a primeira oportunidade dos médicos, de qualquer especialidade, de praticar habilidades cirúrgicas, cortando e suturando a vagina das mulheres pobres.

O seminário ocorreu em meio aos protestos contra a impunidade de casos de estupro e assédio sexual na USP, em especial, na Faculdade de Medicina, e que chegaram a motivar uma CPI na Assembleia Legislativa³⁰. Sabemos que tais problemas de violência contra a mulher, em seu sentido mais amplo, não são exclusivos de uma faculdade ou de uma universidade. Porém, algumas instituições têm sido mais lentas no seu enfrentamento, o que reforça a importância de pressões externas para superar a inércia institucional.

As formas de violência mencionadas – por um lado, o abuso sexual, sua invisibilidade e impunidade, e por outro, a realização não consentida de intervenções sobre os genitais no parto, para além de suas indicações clínicas e apenas com finalidades didáticas – são faces do mesmo fenômeno. Refletem uma sociedade na qual persistem a normalização e a impunidade do acesso abusivo ao corpo feminino, reproduzindo hierarquias sociais de gênero, classe e raça/etnia.

A introdução do seminário foi uma reflexão sobre como as relações de gênero e demais marcadores sociais da diferença são estruturantes da assistência ao parto e dos abusos identificados. O depoimento de Mary Dias ao Ministério Público Federal foi reproduzido e, em seguida, os convidados comentaram o caso a partir de diferentes perspectivas. O professor Ivan França Junior falou sobre como ensinar direitos humanos, ao passo que a procuradora Ana Previtali descreveu as ações do Ministério Público Federal sobre episiotomia e violência obstétrica. A importância e os mecanismos de regulação das práticas de saúde e de seus abusos constituíram tema da professora Marília Louvison, enquanto o professor Luís Eduardo Batista, do Instituto de Saúde, falou sobre racismo institucional no parto. Por fim, a professora Roselane Gonçalves, da Escola de Artes, Ciências e Humanidades, abordou as alternativas no ensino da assistência ao parto e da proteção do períneo. Os colegas implicados na narrativa de Mary Dias também foram convidados para o seminário, mas preferiram esperar o resultado da sindicância que foi aberta para apurar a denúncia.

Discutiu-se que as pessoas aderem a normas jurídicas por dois mecanismos: por estarem racionalmente convencidas de que a norma é justa, ou por coerção externa. Por essa razão, defendeu-

se que, paralelamente a processos educativos, deve haver a correta aplicação do direito, pondo fim à invisibilidade e à impunidade dos casos de violência contra a mulher. Foi discutida a importância de desnaturalizar a concepção de que os profissionais de saúde têm o direito de acessar livremente o corpo das mulheres, sem seu consentimento informado, não apenas nos treinamentos em episiotomia, como, também, em toques vaginais repetidos, descolamentos de membranas, manobras de kristeller e, mesmo, nas indicações de cesárea.

Estas ações inovadoras são voltadas para visibilizar, prevenir e remediar esta forma de violência nas práticas de saúde, no âmbito público, privado, e na formação de recursos humanos; bem como para incentivar os governos e as instituições parceiras para pesquisas e ações, incluindo:

- 1) a incorporação e o ensino de evidências científicas sobre as intervenções no parto, inclusive, a promoção da integridade genital das mulheres;
- 2) o ensino da relação médico-paciente e dos direitos das mulheres, incluindo a proteção e promoção do direito à autonomia e à escolha informada;
- 3) o fim do uso desregulado e sem indicações médicas dos corpos das pacientes como material de ensino ('procedimentos didáticos'), com a remodelagem do ensino prático de intervenções, inclusive, cirúrgicas;
- 4) a identificação e responsabilização (*accountability*) dos 'abusos consensuais' (quando há um consenso entre os envolvidos de que se trata de um abuso), como fazer duas episiotomias na paciente apenas com fins didáticos;
- 5) a regulação de práticas médicas por meio da publicização de informações a esse respeito (como dos procedimentos realizados na assistência ao parto), a incorporação de protocolos e auditorias clínicas, com o apoio necessário das gestões locais.

O seminário veio em momento especialmente oportuno, acompanhando a recente declaração da OMS intitulada "Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde"³¹. Este reconhecimento internacional reforça sua importância como tema global, e a urgência de intervenções para seu controle e prevenção.

Colaboradores

As autoras participaram, igualmente, da organização do evento que deu origem ao artigo, da redação do artigo e da revisão do texto final.

Referências

1. Goer H. Cruelty in maternity wards: fifty years later. J Perinat Educ [Internet]. 2010 [cited 2015 Sept 9]; 19(3):33-42. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2920649&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
2. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Com [Internet]. 2015 [cited 2015 Sept 9]; 10(35):1. Available from: <http://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>.

3. ReHuNA – Carta de Campinas. In: Rattner D, Trench B, organizadores. Humanizando nascimentos e partos. São Paulo: Editora Senac; 2005. p. 171-5.
4. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):627-37. doi:10.1590/S1413-81232005000300019.
5. Jaeschke R, Guyatt GH. What is evidence-based medicine? *Semin Med Pract*. 1999; 2(3):3-7.
6. Graham I. *Episiotomy: challenging obstetric interventions*. Oxford: Blackwell Science; 1997.
7. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 326(8452):436-7. doi:10.1016/S0140-6736(85)92750-3.
8. Hodnett E, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012; 1(10). doi:10.1002/14651858.CD003766.pub3.
9. Hodnett ED. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2002 [cited 2015 Aug 18]; 186 Supl 5:S160-S172. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011880>
10. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, Crowther C, Duley Leila, Hodnett E. et al. Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
11. Leal MC, Pereira APE, Domingues RMSM, Rosa Maria Soares Madeira, Theme Filha MM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. *Cad Saude Publica*. 2014; 30 Supl. 1:S17-S32. doi:10.1590/0102-311X00151513.
12. Diniz SG. O renascimento do parto, e o que o SUS tem a ver com isso. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [acesso 2015 Out 14]; 18(48):217-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100217&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0910>.
13. Hotimsky SN, Schraiber LB. Humanização no contexto da formação em obstetrícia. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):639-49.
14. Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competência e cuidado na atenção ao parto [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.
15. Ministério Público Federal. Ação Civil Pública n. 0017488-30.2010.4.03.6100. Dispõe sobre a proteção dos direitos dos consumidores usuários de planos de saúde privados a obterem adequada informação e prestação de serviços médicos obstétricos. São Paulo: MPF-SP; 2010 [acesso 2015 Out 13]. Disponível em: http://www.prsp.mpf.gov.br/sala-de-imprensa/pdfs-das-noticias/Inicial%20-%200017488-30.2010.4.03.6100_cesarianas.pdf
16. Parto do Princípio. Representação n. 1.34.001.004458/2006-98. Sobre o abuso das cesarianas, ocorridas no Brasil, na rede privada de saúde, causando prejuízo a milhares de mulheres e crianças, requerendo providências urgentes contra essa situação. São Paulo; 2006 [acesso 2015 Out 13]. Disponível: http://media.wix.com/ugd/2a51ae_0cda7bfcd82f4ae0a2aa1e04e6cb631b.pdf
17. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Resolução Normativa n. 368/2015. Dispõe sobre o direito de acesso à informação das beneficiárias aos percentuais de cirurgias cesáreas e de partos normais, por operadora, por estabelecimento de saúde e por médico e sobre a utilização do partograma, do cartão da gestante e da carta de informação à gestante no âmbito da saúde suplementar [Internet]. Rio de Janeiro: ANS; 2015 [acesso 2015 Out 13]. Disponível em: http://www.ans.gov.br/index2.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=2892

18. Niy DY, Silva DRAD. Hospitais de ensino em obstetria: campo de violação dos direitos das mulheres. In: Direitos Humanos no Brasil 2015. São Paulo: Rede Social de Justiça e Direitos Humanos. (no prelo).
19. Freitas H. Ministério faz audiência pública no dia 3 para debater violência no parto [Internet]. Campo Grande News [acesso 2015 Set 1]. Disponível em: <http://www.campograndenews.com.br/cidades/interior/ministerio-faz-audiencia-publica-no-dia-3-para-debater-violencia-no-parto>.
20. Ministério Público Federal. Parto do Princípio e Ministério Público Federal debatem violência obstétrica com movimentos sociais de mulheres [Internet]. 2014 [acesso 2009 Maio 20]:1-2. Disponível em: <http://www.prpa.mpf.mp.br/news/2014/parto-do-principio-e-ministerio-publico-federal-debatem-violencia-obstetrica-com-movimentos-sociais-de-mulheres>
21. Ministério Público Federal. MPF em São Paulo realiza audiência pública para debater episiotomia e humanização do nascimento [Internet]. 2014 [acesso 2015 Set 1]. Disponível em: http://www.prsp.mpf.mp.br/sala-de-imprensa/noticias_prsp/16-10-14-2013-mpf-em-sao-paulo-realiza-audiencia-publica-para-debater-episiotomia-e-humanizacao-do-nascimento
22. Ministério Público Federal. MPF/RS e MP/RS realizarão audiência pública sobre humanização da assistência ao parto [Internet]. 2014 [acesso 2015 Out 13]. Disponível em: http://noticias.pgr.mpf.mp.br/noticias/noticias-do-site/copy_of_geral/mpf-rs-e-mp-rs-realizarao-audiencia-publica-sobre-humanizacao-da-assistencia-ao-parto.
23. Ministério Público do Estado de São Paulo. Violência obstétrica é tema de audiência pública no MP-SP [Internet]. 2014 [acesso 2015 Set 1]:9-11. Disponível em: http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/noticias/noticia?id_noticia=12741378&id_grupo=118
24. Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos humanos : possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2001.
25. Alves M, Silva A. Avaliação da qualidade de maternidades: assistência à mulher e seu recém-nascido no SUS. São Luis: UFMA/Unicef; 2000.
26. Ratto K. Maternidade Leila Diniz (1994 a 1996): nascimento de um novo profissional de saúde? ? Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira; 1997.
27. Hotimsky SN, Aguiar JM, Venturi Junior G. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras. In: : Venturi G, Godinho T, organizadores. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado - uma década de mudanças da opinião pública. São Paulo: Perseu Abramo/Sesc-SP; 2013. p. 217-29.
28. Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (1):CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2.
29. Scott JR. Episiotomy and vaginal trauma. Obstet Gynecol Clin North Am [Internet]. 2005 [acesso 2015 Set 9]; 32(2):307-21. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15899363>
30. Assembléia Legislativa do Estado de São Paulo (ALESP). Vítimas de estupro depõem na CPI que apura violações de direitos humanos em universidade [Internet]. 2012 [acesso 2009 Maio 20]:1-24. Disponível em: <http://www.al.sp.gov.br/noticia/?id=361315>
31. Organização Mundial de Saúde. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde. Genebra: OMS; 2014.

O ensino de obstetrícia no Brasil tradicionalmente requer que o aluno realize um certo número de procedimentos para que seja avaliado, o que levou a uma cultura de ensino do uso não informado, não consentido, das vaginas das parturientes mais pobres, usuárias do SUS, pelos alunos de medicina e outras profissões, para o treinamento de habilidades cirúrgicas. Tais abusos permanecem normalizados por uma cultura institucional que não os reconhece como violações de direitos, promovendo um ensino de habilidades descolado do ensino de valores e dos direitos das usuárias. Para promover um diálogo entre os setores envolvidos, realizamos em março de 2015 o evento “A Vagina-escola: seminário sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde”. O seminário foi especialmente oportuno por acompanhar a recente declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) “Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde”, reforçando a urgência do tema na Saúde Coletiva.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Relações de gênero. Assistência ao parto. Ensino das profissões de saúde.

The vagina-school: interdisciplinary seminar on violence against woman in the teaching of the health professions

The teaching of obstetrics in Brazil traditionally requires the student to perform a number of procedures to be evaluated, which led to an uninformed use, not consented, the vaginas of the poorest mothers by students of medicine and other professions, for the surgical skills training. Such abuses remain standardized by an institutional culture that does not recognize them as rights violations, promoting teaching skills taken off the teaching of users values and rights. To promote a dialogue between the sectors involved, in March 2015 the event “The Vagina school: seminar on violence against women in the teaching of the health professions” was promoted. The workshop was especially opportune for following the recent World Health Organization (WHO) statement “Prevention and elimination of abuse, disrespect and ill-treatment during childbirth in health institutions”, reinforcing the urgency of the theme in Public Health.

Keywords: Violence against woman. Gender relations. Childbirth care. Teaching of the health professions.

La vagina-escuela: seminario interdisciplinario sobre violencia contra la mujer en la enseñanza de las profesiones de salud

La enseñanza de partería en Brasil requiere el estudiante una serie de procedimientos para ser evaluado, lo que llevó a un uso desinformado, no consentido, de las vaginas de las madres más pobres por estudiantes de medicina y otras profesiones, para la formación de habilidades quirúrgicas. Tales abusos permanecen estandarizadas por una cultura institucional que no reconoce como violación de los derechos, la promoción de habilidades de enseñanza sacada de valores y derechos de los usuarios. Para promover el diálogo entre los sectores involucrados, fue realizado el evento “La Vagina-Escuela: seminario sobre la violencia contra la mujer en la enseñanza de los profesiones de salud.” El taller fue especialmente oportuno, después de la reciente declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Prevención y eliminación del abuso, falta de respeto y los malos tratos durante el parto en instituciones de salud”, lo que refuerza la urgencia de la cuestión en la salud pública.

Palabras clave: Violencia contra la mujer. Relaciones de género. Atención al parto. Enseñanza de las profesiones de salud.

Recebido em 05/10/15. Aprovado em 05/10/15.

Direito à saúde:

o Sistema Único de Saúde (SUS) está em risco?

Gastão Wagner de Sousa Campos^(a)
 Rubens Bedrikow^(b)
 Júlia Amorim Santos^(c)
 Lilian Soares Vidal Terra^(d)
 Juliana Azevedo Fernandes^(e)
 Fabiano Tonaco Borges^(f)

O direito à saúde em debate

O Brasil vive o impasse da consolidação de políticas sociais de fomento da cidadania ou a volta ao caráter residual das políticas assistenciais. Depois de mais de 25 anos de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), debatemos sobre o que fazer para lograr o sonho do direito à saúde, de todos e para todos. Marshall¹ ainda nos ensina que as conquistas sociais se dão em tempos oportunos em que há uma convergência histórica entre atores sociais comprometidos com a justiça social. Para o mesmo autor, o Estado de Bem-Estar Social é algo que a sociedade compreende como um bem que ela se compromete a dar de si e para si mesma.

A adesão do Brasil às políticas de austeridade fiscal aprofunda os desafios políticos para a superação das contradições de um sistema de saúde híbrido. Essa perspectiva procura desfazer políticas sociais sob o argumento da insustentabilidade fiscal, negando o caráter redistributivo e gerador de demanda do Estado Social para a economia²⁻⁴. Existe um cenário preocupante para a sustentabilidade do SUS frente à contra-reforma neoliberal⁵.

Fatos que atentam contra o direito universal à saúde, como: a abertura ao capital estrangeiro para investimento em saúde no Brasil, pela lei 13.097/2015⁶, a presença de seguradoras transnacionais de saúde no mercado brasileiro, a privatização dos serviços do SUS, e as propostas para a obrigatoriedade da disponibilização de seguros-saúde pelos empregadores, pelo Projeto de Emenda Constitucional 451⁷, confirmam esse cenário sombrio, além do fato do progressivo desfinanciamento do SUS⁸.

Diante desses desafios, decidimos agir em nosso universo de atuação e propor o Seminário "Direito à Saúde: o SUS está em risco?", realizado na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), por nosso grupo de pesquisa, o Coletivo de Estudos e Apoio Paideia. O evento ocorreu durante todo o dia 7 de abril de 2015, o Dia Mundial da Saúde, e contou

^(a,b,c,d,e) Coletivo de Estudos e Apoio Paideia, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. R. Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária "Zeferino Vaz". Campinas, SP, Brasil. 13083-887. gastaowagner@mpc.com.br; bedrikow@fcm.unicamp.br; julia.amorimsantos@gmail.com; lilianvtterra@gmail.com; fernandes.juliana@gmail.com

^(f) Departamento de Planejamento em Saúde, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. fabianotonaco@gmail.com

com 389 inscrições. Participaram estudantes e trabalhadores da saúde, gestores e atores sociais do SUS, bem como pesquisadores e professores do campo da saúde coletiva.

O seminário teve como objetivo principal ampliar o diálogo com os diversos atores que constroem o SUS para fortalecer uma política pública e universal. Intentamos, também, discutir a situação do SUS na conjuntura atual do país e, sobretudo, construir coletivamente propostas para conquista cidadã do direito à saúde.

Utilizamos, como estratégia para a condução dos trabalhos, a metodologia do Apoio Paideia. O método Paideia propõe aumentar a capacidade de compreensão e de intervenção das pessoas sobre o contexto, sobre os outros e sobre si mesmas, contribuindo para instruir processos de construção de sociedades com grau crescente de democracia e de bem-estar social^{9,10}. Dessa maneira, dividiu-se o seminário em quatro momentos: no primeiro, com todos presentes no auditório, realizou-se uma mesa sobre os desafios atuais do SUS, com as exposições do prof. dr. Gastão Wagner, coordenador do evento, e de Maria do Socorro de Souza, presidenta do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Na segunda etapa, os participantes foram alocados em 11 pequenos grupos, nos quais foram propostas duas questões disparadoras: 1) Desafios, estratégias e caminhos para o enfrentamento da crise do SUS; 2) Papel dos trabalhadores, gestores e usuários na defesa do SUS. Cada grupo contou com um apoiador do Coletivo de Estudos e Apoio Paideia, que colaborou com os grupos na síntese das propostas. Ao final das discussões nos pequenos grupos, reunimos os apoiadores, de sorte a sintetizar o que foi debatido, para que fosse apresentado, no terceiro momento, ao coletivo da audiência. No quarto e último momento, debatemos as propostas em uma plenária com os palestrantes da mesa de abertura, além do presidente do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, Paulo Mariante.

Propostas construídas ao longo do Seminário

As propostas discutidas nos grupos do seminário foram categorizadas pelos apoiadores em cinco eixos:

1 Mostrar o SUS de qualidade e humanizado à sociedade

O grupo evidenciou a necessidade de um aprofundamento do diálogo com a sociedade, ao mostrar o SUS de qualidade e humanizado. As ações desse eixo dizem respeito à defesa do SUS, utilizando a publicidade positiva. A percepção de que faltam temas mobilizadores para a consolidação do SUS permeou as discussões. Percebeu-se que valores associados ao direito à saúde, assim como algumas experiências e políticas públicas exitosas, precisam ser melhor divulgados, tais como: a) o sentido democrático e de respeito à cidadania do SUS; b) sua viabilidade econômica em contraponto à saúde privada; c) a Estratégia de Saúde da Família e seus resultados; c) a renúncia fiscal ao subsistema privado de saúde e suas implicações negativas para o SUS e a sociedade. Propôs-se, como estratégia de comunicação, o uso das redes sociais e da mídia livre, além da aproximação com determinadas “redes quentes” – movimentos sociais – que estão mais próximas da sociedade. Pensou-se, também, na criação de alguns lemas do SUS, no reforço de sua logomarca, bem como na articulação de uma campanha intitulada: “Eu sou o SUS”.

Nesse eixo de propostas, ficou evidente a preocupação do grupo em ampliar os canais de comunicação com a sociedade, para provocar reflexões sobre o papel e a importância do SUS como uma política social de cidadania em defesa da vida. Essa preocupação nos remete também à necessidade de se articular politicamente com o povo, superando o discurso técnico-científico-burocrático comumente utilizado.

2 Gestão participativa e democrática

Percebemos, nos grupos, a vontade de aprofundar o grau de participação nos espaços de administração do SUS. Os grupos também apontaram a necessidade de uma agenda comum ao

movimento sanitário brasileiro e a reinvenção da aliança entre trabalhadores, gestores e usuários. Na visão dos participantes, é necessário religar a técnica e a política pela via dos movimentos sociais e da participação popular. Os espaços do controle social também foram destacados como lugares que precisam ser desburocratizados, tornando-se, também, ambientes de formação e educação do SUS. Os grupos sinalizaram, nesse eixo, a necessidade do fortalecimento do micropoder para a disputa do macro.

No contexto autoritário da gestão, parece-nos importante a sinalização da luta pela ampliação da democracia nos ambientes organizacionais. Não menos importante é o reconhecimento do papel do controle social em articular pontes políticas com os atores sociais, que podem reforçar a aliança na questão do SUS e do direito à Saúde no Brasil.

3 Formação do trabalhador e política de pessoal

A política de formação foi um destaque nesse eixo de propostas, em que o coletivo manifestou-se pela responsabilidade das universidades no encantamento dos estudantes, recém-formados e trabalhadores para o SUS. Percebemos uma preocupação com a reconstrução da Educação Permanente em Saúde e com a formação dos trabalhadores de acordo com os princípios do SUS.

No que concerne à gestão do trabalho, o Plano de Carreira Nacional do SUS foi afirmado como proposta importante para a sustentabilidade do sistema e valorização do trabalhador. Propõe-se um processo de trabalho mais reflexivo e menos burocratizado. Percebemos, ainda, uma forte preocupação com a violência (institucional, simbólica e de gênero) presente no dia a dia do trabalho no SUS.

Uma das preocupações de fundo foi a baixa governabilidade dos gestores do SUS, em virtude da fragmentação do sistema e do fortalecimento de interesses privados e corporativos.

4 Financiamento

É consenso há algum tempo, no movimento sanitário, que faltam muitos recursos para o SUS, e o coletivo do seminário aprofundou essa discussão: não basta aumentar o financiamento, é preciso deixar claro quais políticas e regiões deverão receber esses recursos, e definir claramente como serão aplicados os recursos financeiros. Sobretudo, é preciso investir, prioritariamente, na Atenção Básica.

A questão da renúncia fiscal em favor do subsistema privado também foi destaque nas discussões. Estima-se que a renúncia fiscal, a compra de planos de saúde para servidores públicos, o não-ressarcimento dos serviços públicos prestados a seguradoras privadas e outras formas de renúncia e subsídio foram da ordem de R\$ 22,7 bilhões¹¹. Para isso, o debate político é condição necessária para a correção da injusta distribuição de recursos públicos na área da saúde no Brasil.

5 Política

A necessidade da participação política dos atores do SUS é uma das mais importantes conclusões do coletivo do seminário. Houve propostas como: a organização de redes parlamentares de defesa do SUS; a reconstituição do caráter suprapartidário do SUS; e o envolvimento do trabalhador na formulação de políticas públicas. A mobilização política em defesa do SUS na formação também foi uma proposta, assim como o apoio à mobilização da sociedade na defesa do SUS como uma questão de cidadania.

Discutiu-se, também, a proposta do SUS Brasil, uma autarquia tripartite com autonomia administrativa e financeira, fundamentada na tradição dos Sistemas Nacionais de Saúde, a exemplo do britânico e do espanhol. Nessa proposta, a organização e gestão da atenção seriam regionais, de modo a integrar e potencializar os processos de produção de saúde. A questão da privatização seria enfrentada com a integração de todos os serviços do SUS a esta autarquia. Essa proposta tenciona por uma reforma do Estado em que caiba uma projeto tão sofisticado e solidário quanto o SUS.

Considerações finais

A experiência desse seminário contribuiu para ampliar nossa compreensão da potencialidade das ações no plano micro. A abertura dos grupos de pesquisa para uma discussão com outros atores sociais pode fortalecer propostas concretas para a luta pelo SUS, pelo direito universal à saúde e pela reconstituição dos saberes e práticas em saúde.

Neste sentido, houve relatos de que este espaço fortaleceu a mobilização dos trabalhadores para ocupar os espaços de controle social já instituídos, como as (pré) Conferências Municipais, Estaduais e Nacional em curso.

A questão da transposição do terreno técnico-científico para o da política foi evidente em todos os eixos. A construção de novos consensos (internos e externos ao SUS) vêm à esteira da luta política pelo SUS. Novos arranjos que visem garantir a sustentabilidade do SUS devem ser discutidos. A paralisia diante de estruturas que foram programadas para perpetuar interesses mercantis e patrimonialistas deve sofrer o escrutínio democrático e ser discernida em relação aos fins que o SUS propõe.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. Marshall TH. Cidadania, classe e status. Rio de Janeiro: Zahar; 1967.
2. Piketti T. O capital no século XXI. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2014.
3. Rawls J. Uma teoria da justiça. Lisboa: Presença; 1993.
4. Cano W. Introdução à Economia: uma abordagem crítica. São Paulo: Editora Unesp; 2012.
5. Paim JS. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Cad Saude Publica. 2013; 29(10):1927-53.
6. Lei nº 13.097, de 19 de janeiro de 2015. Reduz as alíquotas da contribuição do PIS/PASEP [...] e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União [acesso 2015 Maio 21]. 19 Jan 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13097.htm
7. Câmara dos Deputados. Proposta de Emenda Constitucional 451, de autoria do deputado Eduardo Cunha [Internet] [acesso 2015 Maio 21]. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=861000>
8. Associação Nacional dos Auditores-Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP). Análise da Seguridade Social 2013 [Internet]. Brasília: ANFIP, 2014 [acesso 2015 Maio 24]. Disponível em: http://www.anfip.org.br/publicacoes/20140903125923_Analise-da-Seguridade-Social-2013_03-09-2014_Analise-da-SS-2013-ntegra.pdf

9. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
10. Campos GWS, Cunha GT, Figueiredo MD. Práxis e formação Paideia: apoio e cogestão em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
11. Rodrigues PHA, Santos IS. É hora de o país acabar com os subsídios fiscais para a saúde privada. CEBES, 6 Abr 2015 [acesso 2015 Maio 21]. Disponível em: <http://cebes.org.br/2015/04/e-hora-de-o-pais-acabar-com-os-subsidios-fiscais-para-a-saude-privada/>

O coletivo de Estudos e Apoio Paideia propôs o seminário “Direito à Saúde: o SUS está em risco?” para ampliar o debate com os atores sociais sobre os impasses atuais do Sistema Único de Saúde (SUS) e os caminhos possíveis para a concretização do direito à saúde. Os participantes apresentaram propostas concretas que nos guiam para uma maior participação política e aprofundamento da democracia no SUS.

Palavras-chave: Política. Seguridade Social. Política de Saúde. Direito à Saúde. Sistema Único de Saúde.

Right to health: is the Brazilian National Health System (SUS) at risk?

The Paideia Collective of Research Support proposed the seminar “Right to Health Care: Is the SUS at risk?” to broaden the debate with social actors over the current challenges faced by the Brazilian National Health System (SUS in Portuguese), and to discuss possible ways to concretize the right to health care. The audience presented specific proposals that guide us to increase political participation and deepen democracy in the SUS.

Keywords: Politics. Social Security. Health Policy. Right to Health. Brazilian National Health System.

El derecho a la salud: ¿el Sistema Brasileño de Salud (SUS) está en riesgo?

El Colectivo de Estudios y Apoyo Paideia ha propuesto el seminario: “Derecho a la Salud: ¿el SUS está en riesgo?” para ampliar el debate con los actores sociales sobre los impases actuales del Sistema Brasileño de Salud (SUS) y los posibles caminos para lograr el derecho a la salud. Los participantes presentaran propuestas en concreto que nos llevan a la mayor participación política y la ampliación de la democracia en el SUS.

Palabras clave: Políticas. Seguridad social. Política de salud. Derecho a la salud. Sistema Brasileño de Salud.

Recebido em 12/06/15. Aprovado em 16/08/15.

O Coletivo (com) Preguiça:

encontros, fluxos, pausas e artes

Arthur Calheiros Amador^(a)
Eliane Dias de Castro^(b)

Toda a criação, ali no grupo, se faz coletiva
Às vezes individual, mas, ainda, coletiva
Três sedes, um só grupo
A busca por um lugar, que é qualquer lugar
Imperando a preguiça, usada como método
Um café, uma conversa, outro café
Nada parece que vai acontecer
A conversa continua e um lápis é pego
Os trabalhos surgem aos poucos
Cada um tem seu tempo
Uns mais lentos, outros mais rápidos
Também tem os observadores
E os que, no dia, resolvem só conversar
Tudo é compartilhado
As ideias, o conhecimento, as técnicas
Até a preguiça
Nada é produzido e tudo é produção
Dessa produção surgem obras coletivas
Todos trabalhando sobre a mesma matéria
Todos desenvolvendo a mesma temática
Não se identifica quem fez o quê
Ainda assim, as individualidades são mantidas
Do trabalho coletivo sai o individual
E o individual toca no coletivo
Um observa, parece não fazer nada
Toma o seu lugar e parece alheio a tudo
Quando pega seu caderno, a folha ganha vida
A linha toma forma e o desenho fica pronto
Poucos minutos e o nada se materializa em tudo
Um olhar apurado, uma mão que vagueia
Vagueia pelas formas
Capta a essência que por ele é vista
E traduz em linhas
Move o outro a produzir
Ou apenas observar
Para, em um próximo encontro, quem sabe?
Produzir algo também
Ou apenas ir tomar mais um café

^(a) Doutorando,
Programa Interunidades
em Estética e História
da Arte, Universidade
de São Paulo (USP). Rua
da Praça do Relógio,
160, Anexo, Cidade
Universitária. São Paulo,
SP, Brasil. 05508-050.
arthuramador@usp.br

^(b) Programa
Interunidades em
Estética e História
da Arte, USP São
Paulo, SP, Brasil.
elidca@usp.br

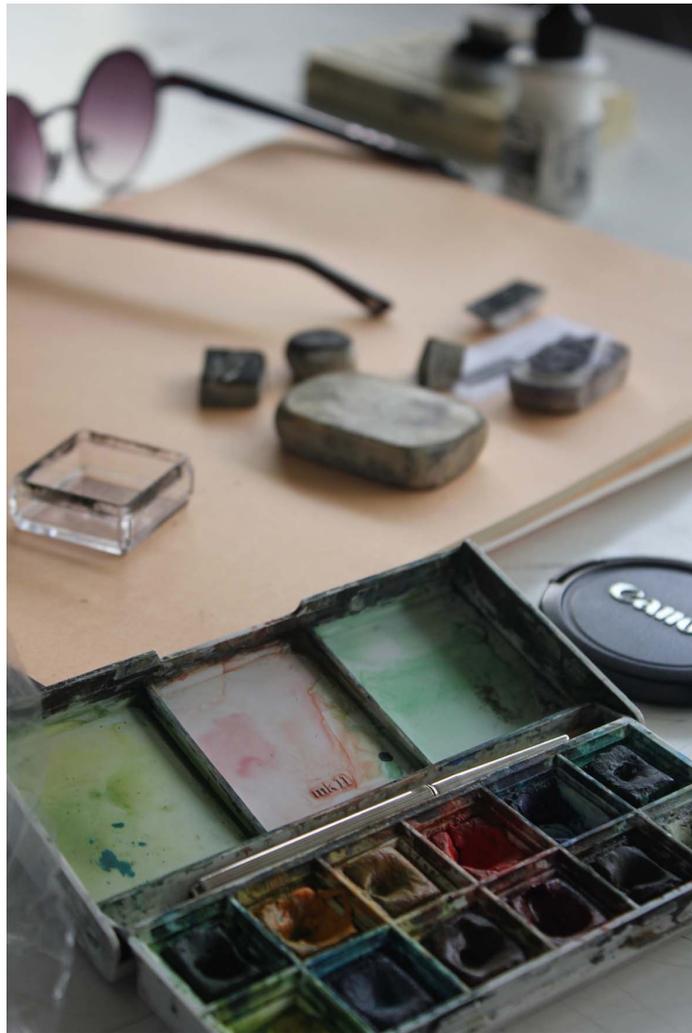


Coletivo Preguiça, 2013

A produção e o Preguiça

O termo “coletivo” deve ser entendido aqui no sentido de uma multiplicidade que se desenvolve para além do indivíduo, junto ao socius, assim como aquém da pessoa, junto a intensidades pré-verbais, derivando de uma lógica dos afetos mais do que de uma lógica de conjuntos bem circunscritos.¹ (p. 19)

A preguiça é a mãe do progresso. Se o homem não tivesse preguiça de caminhar, não teria inventado a roda. Não poderia viajar pelo mundo inteiro.² (p. 26)



Coletivo Preguiça, 2013

História de um começo

O “Coletivo Preguiça” é um grupo que mudou seu nome faz pouco tempo, antes conhecido como “Coletivo de Criação”, isso desde 2008. Essa mudança ocorreu em 2013, devido à vontade de seus participantes de criarem um nome que tivesse maior sintonia com os modos de produzir e de se encontrar desse grupo. Também devido a uma experiência com um bicho-preguiça em uma viagem do grupo ao litoral paulista, concluímos que este seria um bom nome. A história de constituição e as transformações que ocorreram com este grupo falam de sua origem em ações na interface da arte e da produção da saúde^(c). A vontade de alguns participantes de continuarem explorando a criação em artes iniciou a busca de um lugar em meio à rede de cultura da cidade de São Paulo que pudesse acolher essa proposta. Uma característica desse grupo é a de ser formado por alguns participantes que já passaram ou passam por algum tipo de tratamento junto à rede de atenção pública em saúde mental; porém, essa não é uma condição para participar do grupo, qualquer pessoa é muito bem-vinda, por isso, ex-estagiários e outros simpatizantes da proposta compõem a heterogeneidade deste coletivo.

^(c) Antes de se tornar o Coletivo de Criação em 2008, alguns participantes faziam parte de um projeto chamado PACTO Trabalho, ligado ao Programa Composições Artísticas e Terapia Ocupacional (PACTO) do Laboratório de estudos e pesquisa Arte, Corpo e Terapia Ocupacional, do Curso de Terapia Ocupacional da USP, e decidiram buscar uma autonomia em suas produções².

Lugar de/para trabalhar

Dentre os vários locais procurados para acolher os encontros, diferentes fatores e possibilidades foram apresentadas, e a escolha do local para sediar o grupo se deu pelo CCPC (Centro de Cultura Popular da Consolação), que ficava situado na Rua da Consolação, em frente ao Cemitério da Consolação³. Talvez o fator mais determinante para a escolha do CCPC tenha sido o fácil acesso para todos, por ficar próximo ao metrô; também por passarem várias linhas de ônibus bem em frente ao edifício, e pelo fato de termos um bom espaço para desenvolver as atividades. Inicialmente, o grupo era formado por quatro integrantes: a terapeuta ocupacional Naiada Dubard Barbosa e os participantes João Silva de Brito, Fernando Ribeiro e Antônio Carlos Rodrigues Pereira. Depois de estarem instalados nesse espaço, fui convidado a integrar o grupo como artista, e permaneço até hoje, assim como o João, o Antônio, e podemos dizer que o Fernando também. Com a desativação do CCPC em 2009, o Coletivo ocupou um espaço do Núcleo Educativo no Museu da Imagem e do Som em São Paulo.

Desde a sua criação, muitas pessoas já fizeram parte do grupo: algumas

passaram, outras voltaram, outras ficaram, e há aquelas que, simplesmente, desapareceram. Irei listar aqui o nome de todos que, de alguma forma, já compuseram seus momentos de produção artística com o Coletivo. Cada um é importante nesse processo, e os nomes, aqui, marcam as singularidades que compuseram esse coletivo: Naiada, João, Antônio (também conhecido como Toninho), Fernando, Milton, Hudson, Pilar, Ródnei, Alex, Camilo, Pablo, Márcia, Tércio, Rafael, Gabi, Alê, Letícia, Karina, Miguel, Nara,

Claudinha, Camila, Viví, Olívia, Dani Oliveira, Marcela, Giovana, Marina, Dani Gerolomo, Ju, Paula, Ariel, Letícia, Jéssica, Fernanda, Barbara, Elô, Natalie, Tiago, Adriane, Rosana, Dani Ursogrande, Ana Carolina, Francisco, Lorena, Aline, Sérgio, Ruth, Bia, Thaís, Bethânia, Belen, Sofia, Ana, Müller, Krebs e Gino. Essas foram todas as pessoas que já passaram pelo grupo e ficaram um tempo, independente de qual o motivo que as levava ali. Hoje, o número de participantes gira em torno de nove pessoas, com a minha coordenação, juntamente com a terapeuta ocupacional e artista plástica Nara Isoda.



Coletivo Preguiça, 2013

Foram muitas as atividades desenvolvidas durante os encontros ao longo dos anos: desenho, pintura, fotografia, vídeo, escultura em pedra, marchetaria, encadernação, gesso, carimbos, arte postal, grafite; e isso sem falar na organização de portfólio, saídas para exposições, passeios para reconhecer a cidade, cafés, conversas, filmes, modelo vivo, montagem de estúdio fotográfico, viagens etc.

No início dos encontros do grupo, as propostas de atividades eram levadas pelos coordenadores e trabalhadas por todos, mas isso já com grande autonomia dos participantes, pois quase todos tinham uma história de produção e participação em outros grupos. Dessa forma, o caráter do grupo já se desenhava para algo mais participativo quanto às sugestões de atividades. Hoje em dia, o grupo é quem decide o que será feito, não há apenas um proponente, todos propõem as atividades e todos decidem o que fazer. Cada um expõe as suas vontades, elas são discutidas nos encontros e analisadas quanto a sua viabilidade, e sendo coerente com o que o grupo deseja e aceita, é colocada em prática. Sempre guardamos todas as ideias, mesmo as não escolhidas, pois independente de sua viabilidade, em algum momento, elas podem ser colocadas em prática.

Às vezes, não temos algum material necessário para realizarmos a proposta, e, nesse caso, vamos todos juntos comprar o que precisamos, pois, dessa forma, todos aprendem o que e onde comprar. Caso alguém queira produzir algo em outro lugar, fora do grupo, saberá onde encontrar o que precisa, ou mesmo, caso venhamos a precisar de mais materiais, não é necessário ir o grupo inteiro fazer compras, podem ir apenas uma ou duas pessoas.

Estamos na nossa terceira sede no Centro Cultural São Paulo, ao lado da estação Vergueiro do Metrô, e, desde 2013, nós ocupamos uma área com mesas destinadas a qualquer usuário do local, e, para desenvolver as atividades, levamos os materiais a cada encontro.

Conhecimento compartilhado

Uma rodada de troca de saberes possibilitou a pesquisa de linguagens artísticas, de técnicas e materiais durante os encontros. Essa proposta consistia em algum participante apresentar e ensinar, ao restante do grupo, alguma atividade artística com a qual ele se sentisse mais à vontade, proporcionando novas experiências ao Coletivo.

Esse poder comum da igualdade das inteligências liga indivíduos, faz que eles intercambiem suas aventuras intelectuais, à medida que os mantêm separados uns dos outros, igualmente capazes de utilizar o poder de todos para traçar um caminho próprio.⁴ (p. 20)

O rodízio da troca de saberes começou com a proposta da Nara nos ensinando a fazer encadernação. Talvez essa não seja uma atividade considerada artística por todos, porém, a ideia era a de que tivessem um caderno com o qual se sentissem confortáveis para nele desenhar e fazer anotações a cada encontro, ou estivessem à vontade para utilizá-lo em casa. É importante manter uma regularidade de produção: [...] “O desenvolvimento contínuo da obra deixa claro que não há ordenação cronológica entre pensamento e ação: o pensamento se dá na ação, toda ação contém pensamento”⁵ (p. 56).

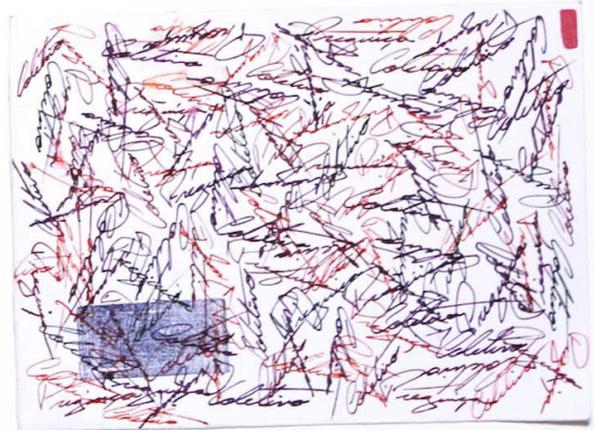
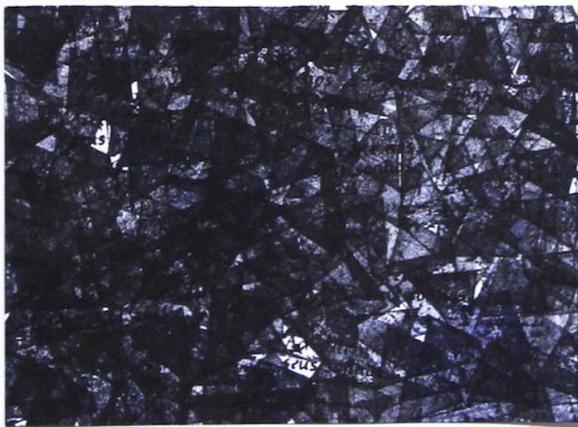
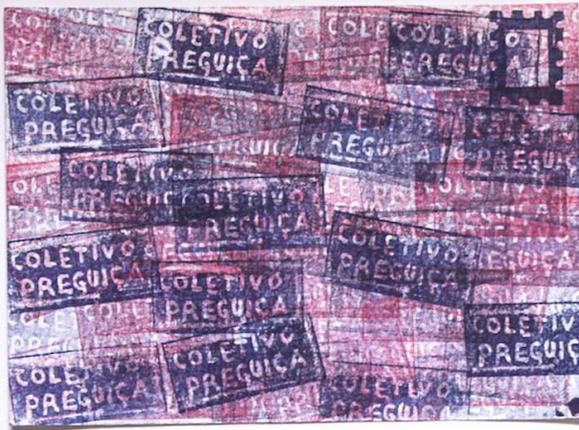
Depois, foi a vez do Toninho, explicando quais os procedimentos necessários para se executar a pintura em tela; seguimos com o Fê, nos ensinando a desenhar a partir da nossa imaginação e não como vemos as coisas, fugindo do tradicional desenho de observação. Dando continuidade, pude ensinar escultura em pedra e como transformar nossos pensamentos em algo tridimensional. Para fechar essa rodada de saberes, o João nos ensinou marchetaria com lâminas de madeira. De acordo com as propostas, algumas exigiam um trabalho mais demorado, com mais tempo para execução. Ao todo, ficamos um semestre completo para desenvolver essa atividade da troca de saberes, e, no semestre seguinte, ela não teve continuidade. Durante a experimentação com a técnica de marchetaria, além dos trabalhos individuais, foi realizada uma obra coletiva, e cada participante podia intervir em alguma parte vazia ou, então, na parte realizada por algum colega.



Com isso, a obra não possuía a característica específica de um integrante, devido a seus diferentes traços, ela afirmava o caráter coletivo ali impregnado. A cada encontro, um novo pedaço era feito e o trabalho ganhava um novo recorte. "A obra está sempre em estado de provável mutação, assim como há possíveis obras nas metamorfoses que os documentos preservam"⁵ (p. 30).

Em 2014, o trabalho desenvolvido esteve ligado com a confecção de cartões postais e carimbos. Nestes, também há a intervenção de vários participantes em um único postal, afirmando novamente o caráter coletivo da obra, com traços de todos os participantes.

Coletivo Preguiça, 2013



Aproximação, contágio coletivo e singularização

Poderíamos ficar discorrendo sobre as atividades desenvolvidas pelo grupo e como é a sua linha de trabalho, mas, agora, iremos focar em um participante e o seu processo de criação, como esse integrante do Coletivo produz suas obras, como acontecem seus processos particulares durante os encontros do grupo, pois, além dos trabalhos coletivos, cada participante tem a sua produção individual. Portanto, compreende-se que todos os fatos, inclusive a inserção no Coletivo Preguiça e muitos outros aparentemente sem importância, compõem o processo de criação, e são fatores que, de alguma forma, influenciam na produção⁶.

O participante em questão é Tércio, e a escolha de descrever o seu processo não foi pelo volume de obras produzidas e, sim, pela intensidade e desejo em produzir seus trabalhos. Logo no dia em que ele se apresentou ao grupo, falava muito de sua época como estudante de arquitetura, seus projetos e trabalhos. Quando demos início aos trabalhos em marchetaria, ele se animou para fazer as atividades, pois poderia trabalhar com a precisão da geometria que há na arquitetura. A partir dessa proposta, ele resgatou um caderno antigo, da época da faculdade, para nos mostrar algo mais solto, e ali existiam desenhos de observação incríveis! Pudemos conhecer um outro Tércio, não aquele do rigor geométrico da arquitetura. Esses desenhos não eram incríveis por serem parecidos com o real, pelo contrário, não era possível saber se eram parecidos, mas, pela coerência em seus traços, eram visíveis as características do artista, diferentes de uma simples cópia da realidade, era um trabalho muito potente.

Incentivamos Tércio a retomar esse tipo de desenho e produzir novas obras, pois ali havia algo muito próprio dele. Seu estilo de desenho é composto por linhas soltas e simples, mesmo sendo de observação, sua linha é fluída, um traço quase contínuo, como se praticamente ele captasse o desenho em uma olhada. Seus trabalhos não apresentam uma preocupação de composição entre figura e fundo. Ao observar seus traços, há apenas a figura. Por mais que o que ele esteja desenhando tenha um entorno rico em detalhes, isso parece não fazer diferença, ele o destaca do ambiente, tornando uma forma única. Seria, mais ou menos, como dar na mão dele a imagem de uma paisagem com pessoas, e para construir sua obra, ele recortasse apenas uma pessoa e a colocasse em um local separadamente, eliminando todo o resto e dando total destaque para essa figura.



Coletivo Preguiça, 2013

As obras de arte não necessariamente precisam ser idênticas ao objeto que está sendo representado; o artista possui liberdade para retratar da forma como achar mais adequada, ou, mesmo, se deixar levar por suas linhas. Matisse explicou um pouco sobre isso ao falar de como suas obras surgem:

Sempre parto de alguma coisa – uma cadeira, uma mesa –, mas à medida que o trabalho progride vou perdendo a consciência da forma inicial. No fim, quase perdi a referência do assunto que foi meu ponto de partida.⁷ (p. 69)

Quanto aos desenhos do Tércio, seu traço é limpo, não há rasuras, com apenas a linha de contorno e algumas outras para marcar a expressão (no caso de um retrato). Todo o desenho é definido em poucos traços e, depois de terminado, é passado um lápis de cor em cima da linha, tornando cada desenho ainda mais único. O executar a obra não precisa envolver um tempo lentificado.

Alguns pintores passam quase um ano avançando, centímetro por centímetro, o trabalho na tela. Eu passo um ano pensando num quadro e depois, em alguns minutos de desenho, executo-o.⁸ (p. 153)

Hoje, a produção do Tárzio está focada em uma série de retratos realizados em um caderno de formato A5.



Coletivo Preguiça, 2013

Nessa série de retratos, todos os participantes do coletivo já estão representados, e pessoas que fazem parte da sua vida também começaram a aparecer retratadas. Há um tempo gasto antes com: a escolha do modelo, a observação deste, a escolha do melhor lápis, e a posição em que ficará para desenhar. De acordo com Pareyson⁹, esse processo recebe um nome: obediência criadora. É um diálogo entre artista e matéria, um misto da vontade do criador e da vontade do meio. Ao mesmo tempo em que o artista tenta dominar os seus materiais e impor as suas vontades, ele também precisa ceder, pois os materiais não aceitam tudo. Há um limite compartilhado entre as duas partes, o artista não consegue subjugar o material com a sua ideia, ele só consegue fazer o que deseja conforme dialoga com aquele.



O Tárício constrói seus trabalhos dentro de seu próprio tempo, ou ainda, ele constrói o seu próprio tempo. Durante a execução do trabalho, ele olha para o modelo e começa a fazer os traços, fica sério, não olha para o lado, só o modelo e o papel a sua frente lhe interessam. Por mais que alguém faça um comentário, ele não para e só fica focado no seu fazer. Para quem está de fora e vê essa cena, pode pensar nele como uma pessoa arrogante por não responder ao outro. Mas pelo contrário, o Tárício é extremamente simpático e conversa com todos; ele entra nesse estado de recolhimento quando está produzindo, e se perde dentro do seu próprio tempo até terminar a obra, e, então, volta a se relacionar novamente.

Tudo isso nos leva ao tempo da construção da obra. Um tempo que tem um clima próprio e que envolve o artista por inteiro. O processo mostra-se, assim, como um ato permanente. Não é vinculado ao tempo do relógio, nem a espaços determinados. A criação é resultado de um estado de total adesão.¹⁰ (p. 36)

Força de manutenção

O que une o Coletivo Preguiça? Por que ele ainda continua funcionando se ninguém é obrigado a ir para lá? O que motiva as pessoas durante os encontros? É difícil falar por todos, mas é possível fazer alguns apontamentos.

Os encontros em grupo e o convívio com a multiplicidade das forças de criação articulam um estado de produção-processo pautado nos afetos, na convivência, na horizontalidade da produção do conhecimento. Para os participantes do grupo, ficar em casa e produzir sozinho não tem o mesmo efeito como esse espaço de encontro e trocas gerado pelos participantes. “Quanto ao convívio com a efervescência cultural, é interessante observar que o artista parece necessitar, de modo vital, desse clima”¹¹ (p. 41).

A experiência construída no Coletivo Preguiça pode ser contextualizada como uma prática artístico-social que busca reconstituir o sentido de um mundo comum, num agenciamento relacional e criativo, inovando a experiência produtiva dos participantes. Durante os encontros, ainda que em um ambiente socializado, ninguém é obrigado a produzir ou a fazer o que não quer, é um espaço onde, mesmo em meio ao caos produtivo e as vontades outras, é possível manter a individualidade. “Hoje a prática artística aparece como um campo fértil de experimentações sociais, como um espaço parcialmente poupado à uniformização dos comportamentos”¹² (p. 13). As criações de um afetam o trabalho dos demais. São essas afetações, muitas vezes, que impulsionam os trabalhos em construção ou a uma nova obra. Quem estava sem fazer nada pode se sentir acolhido para começar a produzir, é como se fosse um efeito em cascata. Para quem está habituado a trabalhar sozinho, pode parecer difícil alcançar esse estado de compartilhamento e produção na presença de outros artistas. Já Salles¹¹ nos demonstra como podem acontecer os afetamentos:

O artista que está habituado a trabalhar isoladamente, se, por algum motivo, precisa dividir esse espaço, às vezes, enfrenta certo desconforto na coletividade. No entanto, os “escritórios” coletivos, mesmo nas atividades que preveem essa convivência, sempre oferecem algum tipo de conflito e resistência, ao mesmo tempo em que são vistos como extremamente motivadores.¹¹ (p. 58)

Quem participa do Coletivo Preguiça consegue sentir como é essa produção dentro de um grupo, os momentos de descontração, o café, os conflitos e as resistências. Ainda assim, mesmo com as diferenças, todos estão lá, cada um com a sua particularidade. Talvez, o que mantenha o Coletivo unido seja justamente isso: a presença do outro, o convívio, a ligação entre seus participantes, a qualidade das produções artísticas e afetivas que surgem. Todos são bem-vindos a contribuir com alguma crítica ao trabalho, seja para elogiar, ou apontar o que poderia ser melhorado na obra. Na hora de levar a garrafa de café para trazer cheia no próximo encontro, sempre fica um “empurra-empurra”, mas a garrafa aparecerá com um café novo e quentinho. Assim como as bolachas e quitutes que às vezes aparecem para saciar a fome do grupo, isso não é combinado, mas é sempre bem-vindo, e deixa a todos ainda mais acolhidos, pois é um pensamento para o Coletivo.

É um processo construído em conjunto, que liga todos os participantes e mantém a proposta viva, na qual estão sempre se perguntando qual será a viagem do próximo semestre ou com o que e como podemos trabalhar nos próximos encontros?

Colaboradores

Arthur Calheiros Amador e Eliane Dias de Castro participaram igualmente da elaboração final do artigo, de sua discussão e redação e da revisão do texto. Arthur Callheiros Amador trabalhou na sustentação dos encontros do grupo, registrou os encontros e redigiu a descrição e análise sobre a experiência em sua dissertação de mestrado 'Singularidade e materialização: cenas do processo de criação artística', finalizada em setembro de 2014. Eliane Dias de Castro orientou a pesquisa, revisou o texto selecionado, discutiu trechos da redação, participou da seleção das imagens e auxiliou na formatação final do texto.

Referências

1. Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. 2a ed. São Paulo: Ed. 34; 2012.
2. Quintana M. Da preguiça como método de pesquisa. São Paulo: Objetiva; 2013.
3. Barbosa ND. Fendas na Cultura: a Terapia Ocupacional e as tecnologias de participação socioculturais [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.
4. Rancière J. O espectador emancipado. São Paulo: Martins Fontes; 2012.
5. Salles CA. Gesto inacabado: processo de criação artística. 3a ed. São Paulo: Annablume; 2007.
6. Amador AC. Subjetividade e materialização: cenas do processo da criação artística [dissertação]. São Paulo (SP): Programa de Pós-Graduação Interunidades em Estética e História da Arte, Universidade de São Paulo; 2014.
7. Matisse H. Apuntes de um pintor: la grande revue, Paris, 1908. In: Morais F, organizador. Arte é o que eu e você chamamos arte. Rio de Janeiro: Ed. Record; 1998: p. 68-79.
8. Salles CA. Gesto inacabado: processo de criação artística. 3a ed. São Paulo: Annablume; 2007.
9. Pareyson L. Os problemas da estética. 2a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1989.
10. Salles CA. Gesto inacabado: processo de criação artística. 3a ed. São Paulo: Annablume; 2007.
11. Salles CA. Redes de criação: construção da obra de arte. Vinhedo: Editora Horizonte; 2008.
12. Bourriaud N. Estética relacional. São Paulo: Martins Fontes; 2009.

Busca-se apresentar alguns traços da produção artística, dos momentos de criação e aspectos que fazem funcionar o Coletivo Preguiça – dispositivo grupal de experimentações de linguagens e fazeres artísticos –, que nasceu em ações desenvolvidas na interface da arte e da produção da saúde, e foi ganhando autonomia e emancipando-se nas formas de produção e na ocupação de territórios culturais. Formação, participantes, linguagens artísticas e registro de imagens articulam um estado de produção-processo pautado nos afetos, na convivência e na igualdade das inteligências. Esses pontos aprofundam o olhar para as poéticas e campos expressivos enunciados, e propõem uma experiência comum de pesquisa e inscrição das produções no circuito artístico-cultural. A produção artística é permeada por agentes externos ou internos ao grupo, e ocorre numa reciprocidade de influências que fortalecem o plano coletivo e os participantes.

Palavras-chave: Arte. Criação. Coletivo. Subjetividade.

The Collective (with) Laziness: meetings, streams, breaks and arts

The aim is to present some aspects of artistic production, the moments of creation and aspects that make work the Collective Laziness, - group device of experimentation in artistic languages and practices - which were born in actions developed in the interface between art and health and production. It was gained autonomy and emancipated itself in the forms of production and occupation of cultural territories. Training, participants, artistic languages and image inscription articulate a state of production-process based on the affections, in coexistence and equality of intelligence. These points deeply look at the poetic and expressive uttered fields and propose a common experience of research and inscription of the productions in the artistic cultural circuit. Artistic production is crossed by external or internal agents to the group and is a reciprocal influence that strengthens the collective body, and the participants.

Keywords: Art. Creation. Collective. Subjectivity.

El Colectivo (con) Pereza: encuentros, flujos, pausas y artes

Se busca presentar parte de la producción del arte y algunos momentos de creación que hacen funcionar el Coletivo Preguiça, - aparato en grupo de ensayos de lenguajes y prácticas artísticos, que nació desde acciones desarrolladas en la interface entre arte y de la producción de la salud, fue ganando autonomía, se emancipó en su manera de producir y en la ocupación de los espacios culturales. Formación, participantes, lenguajes artísticos y registro de imágenes articulan un proceso de producción basado en los afectos, convivencia y equidad de la inteligencia. Estos puntos profundizan la mirada hacia los campos de expresión y poéticas enunciadas, proponen una experiencia común de búsqueda y inscripción de las producciones en el circuito artístico cultural. La producción es permeada por agentes externos o internos al grupo y hay una reciprocidad de influencia fortalecimiento la colectividad y participantes.

Palabras clave: Arte. Creación. Colectividad. Subjetividad.

Recebido em 20/09/15. Aprovado em 22/10/15.

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

Editorial - de responsabilidade dos editores ou de editores convidados (até duas mil palavras).

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 (essas informações deverão ser apresentadas no final da seção sobre a metodologia do trabalho).

Deve-se evitar a submissão de manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema.

Informações no corpo do texto que identifiquem a autoria do trabalho também devem ser evitadas.

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? É necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho.

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:

- a) Referência de mais de dois autores: no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.
 b) 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:

Aboud 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

Editorial - coordinated by the editors or editors ad hoc (up to two thousand words).

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. (these informations should be presented at the end of the section on methodology). Should avoid the submission of manuscripts that focus on issues of local interest and show essentially descriptive approaches to the problem. Information in the text to identify the authorship of the work should also be avoided.

In papers 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? It is necessary to insert the specificity of the research results or the revision in the setting of national and international literature on the subject, stressing the unprecedented nature of the work. 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-Galloti 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 data 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:

Abood 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
Alejandro Goldberg, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ana Dominguez Mon, Universidad de Buenos Aires, Argentina
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
Chiara Pussetti, Universidade de Lisboa, Portugal
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 Carapinheiro, 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 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 Loiola Ponte de Souza, Fiocruz
Miguel Montagner, UnB
Mônica Lourdes Franch Gutiérrez, UFPB
Mónica Petracci, UBA, Argentina
Nildo Alves Batista, Unifesp
Patricia Schwarz, Universidad de Buenos Aires, Argentina
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