



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

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

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

EDITOR-CHEFE/CHIEF EDITOR/EDITOR JEFE
Antonio Python Cyrino, Unesp

EDITORES/EDITORS/EDITORES
Denise Martin Covielo, Unifesp
Lilia Blima Schraiber, USP

EDITORA JÚNIOR/JUNIOR EDITOR/EDITORA JUNIOR
Francini Lube Guizardi, Fiocruz

EDITORA ASSISTENTE/ASSISTANT EDITOR/EDITORA ASISTENTE
Vera Lúcia Garcia, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

EDITORA SENIOR/SENIOR EDITOR/EDITORA SENIOR
Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS/EDITORES ASOCIADOS

Alejandro Goldberg, UBA, Argentina
Ana Domínguez Mon, UBA, Argentina
Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, USP
Angelica Maria Bicudo, Unicamp
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Cássio Silveira, FCM, Santa Casa
Chiara Pussetti, Universidade de Lisboa, Portugal
Claudio Bertolli Filho, Unesp
Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, UFRGS
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, USP
Janine Miranda Cardoso, FioCruz
Lígia Amparo da Silva Santos, UFBA
Maria Antônia Ramos Azevedo, Unesp
Maria Dionísia do Amaral Dias, Unesp
Mónica Petracci, UBA, Argentina
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL
Rosamaria Giatti Carneiro, UnB
Roseli Esquerdo Lopes, Ufscar
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp
Silvio Yasui, Unesp
Simone Mainieri Paulon, UFRGS
Soraya Fleischer, UnB
Victoria Maria Brant Ribeiro, UFRJ

EDITORA DE RESENHAS/ REVIEWS EDITOR /EDITORA DE RESEÑAS
Francini Lube Guizardi, Fiocruz

EDITOR DE ENTREVISTAS/INTERVIEWS EDITOR/EDITOR DE ENTREVISTAS

Pedro Paulo Gomes Pereira, Unifesp
EDITORA DE CRIAÇÃO/CREATION EDITOR/EDITORA DE CREAÇÃO
Elisabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP
Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación
Eduardo Augusto Alves Almeida, USP
Eliane Dias de Castro, USP
Gisele Dozono Asanuma, USP
Paula Carpinetti Aversa, USP
Renata Monteiro Buelau, USP

EDITORA EXECUTIVA/EXECUTIVE EDITOR/EDITORA EJECUTIVA
Mônica Leopardi Bosco de Azevedo, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

PROJETO GRÁFICO/GRAPHIC DESIGN/PROYECTO GRÁFICO

Projeto gráfico-textual/Graphic textual project/Proyecto gráfico-textual
Adriana Ribeiro, Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Identidade visual/Visual identity/Identidad visual
Érica Cezarini Cardoso, Desígnio Ecodesign
Editoração Eletrônica/Journal design and layout/Editoración electrónica
Adriana Ribeiro

PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/ PRODUCCIÓN EDITORIAL

Assistente administrativo/Administrative assistant/Asistente administrativo
Juliana Freitas Oliveira

Normalização/Normalization/Normalización
Enilze de Souza Nogueira Volpato
Luciene Pizzani
Rosemary Cristina da Silva
Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos
Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potuguês)
Félix Héctor Rígoli (Inglês/English/Inglés)
Ana Gretel (Espanhol/Spanish/Español)

Web design
IDETEC

Manutenção do website/Website support/Manutención del sitio
Nieli de Lima

Arthur Calheiros Amador, Eternidade, 2015, acervo pessoal. Edição fotográfica Luana Carolina



Interface - comunicação, saúde, educação/
UNESP, 2016; 20(57)
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

- 285 Where's the patient's voice in health professional education?
Angela Towle

artigos

- 293 Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids
Fernando Seffner; Richard Parker
- 305 Organizações Não Governamentais de tuberculose do Rio de Janeiro, Brasil: motivações e vínculos na primeira década do século XXI
Vivian Albuquerque Abreu dos Santos; Fabiana Barbosa Assumpção de Souza; Fátima Teresinha Scarpato Cunha
- 313 Projeto terapêutico em Saúde Mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial
Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos; Maria Salete Bessa Jorge; Ana Maria Fontenelle Catrib; Indara Cavalcante Bezerra; Túlio Batista Franco
- 325 A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas
Daniela Luciana Silva e Silva; Felícia Knobloch
- 337 Apoio em rede: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades no ciberespaço
Ricardo Rodrigues Teixeira; Sabrina Ferigato; Dalton Martins Lopes; Daniela de Carvalho Matielo; Maria Luiza Sardenberg; Patrícia Silva, et al.
- 349 O impacto da internet na interação entre pacientes: novos cenários em saúde
Vera Cecília Frossard; Maria Clara Marques Dias
- 363 Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez
Nayara Bueno de Araujo; Edir Nei Teixeira Mandú
- 377 Expressões do processo de governamentalização nas Residências em Saúde
Daniela Dallegrove; Ricardo Burg Ceccim
- 389 Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde
Edmar Rocha Almeida; Cinara Botelho Moutinho; Maisa Tavares de Souza Leite
- 403 Formar professores universitários: tarefa (im)possível?
Maura Maria Morita Vasconcellos; Mara Regina Lemes de Sordi
- 415 Colaboração interprofissional: estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família
Francisca Alanny Araújo Rocha; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; Ana Ester Maria Melo Moreira

- 427 Docência em saúde: percepções de egressos de um curso de especialização em Enfermagem
Maria Aparecida de Oliveira Freitas; Isabel Cristina Kowal Olm Cunha; Sylvania Helena Souza da Silva Batista; Rosana Aparecida Salvador Rossit
- 437 Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde
Daniel Antunes Freitas; Emanuele Mariano de Souza Santos; Lucy Vieira da Silva Lima; Lays Nogueira Miranda; Eveline Lucena Vasconcelos; Patrícia de Carvalho Nagliate
- 449 Práticas Integradas em Saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi; Alzira Maria Baptista Lewgoy

espaço aberto

- 463 Cuando la alegría entra al centro de salud: una experiencia de promoción de salud en Buenos Aires, Argentina
Claudia Bang; Alicia Stolkiner; Marcela Corín
- 475 Educação Permanente em Saúde Mental: relato de experiência
Gabriel Teixeira de Medeiros; Fernando Aparecido Figueira do Nascimento; Renato Gomes Pavón; Fernando de Almeida Silveira
- 485 Desenvolvimento e implementação de um ambiente virtual de aprendizagem na área da saúde: uma experiência de pesquisa baseada em design
Miriam Struchiner; Paula Ramos; Octavio Domont de Serpa Junior

entrevistas

- 497 Clínica Médica, Saúde Pública e subjetividade: conversas com David Armstrong
Sergio Resende Carvalho

livros

notas breves

- 517 Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde
Alexandre Costa Val; Gabriela de Lima Gomes; Fernando Machado Vilhena Dias

editorial

- 289 Onde está a voz do paciente na educação profissional em saúde?
Angela Towle

articles

- 293 The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids
Fernando Seffner; Richard Parker
- 305 Non-Governmental Organizations for Tuberculosis in Rio de Janeiro, Brazil: reasons and interests in the first decade of century XXI
Vivian Albuquerque Abreu dos Santos; Fabiana Barbosa Assumpção de Souza; Fátima Teresinha Scarparo Cunha
- 313 Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care
Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos; Maria Salete Bessa Jorge; Ana Maria Fontenelle Catrib; Indara Cavalcante Bezerra; Túlio Batista Franco
- 325 The team as a place of education: the continuing education in a Psychosocial Attention Center of alcohol and other drugs
Daniela Luciana Silva e Silva; Felícia Knobloch
- 337 Network Support: HumanizaSUS Network connecting possibilities in cyberspace
Ricardo Rodrigues Teixeira; Sabrina Ferigato; Dalton Martins Lopes; Daniela de Carvalho Matielo; Maria Luiza Sardenberg; Patrícia Silva, et al.
- 349 The impact of internet on patients interaction: new scenarios in health
Vera Cecília Frossard; Maria Clara Marques Dias
- 363 Production of meanings among adolescents about self care during the pregnancy
Nayara Bueno de Araujo; Edir Nei Teixeira Mandú
- 377 Expression of the governmentality process in Health Care Residencies
Daniela Dallegrove; Ricardo Burg Ceccim
- 389 Family health nurses' teaching practice in the health education development
Edmar Rocha Almeida; Cinara Botelho Moutinho; Maisa Tavares de Souza Leite
- 403 University teachers' development: an (im)possible task?
Maura Maria Morita Vasconcellos; Mara Regina Lemes de Sordi

- 415 Interprofessional collaboration: a case study between managers, teachers and family health professionals
Francisca Alanny Araújo Rocha; Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto; Ana Ester Maria Melo Moreira
- 427 Teaching in health: perceptions of graduates of a Nursing specialization course
Maria Aparecida de Oliveira Freitas; Isabel Cristina Kowal Olm Cunha; Sylvia Helena Souza da Silva Batista; Rosana Aparecida Salvador Rossit
- 437 Teachers' knowledge about teaching-learning process and its importance for professional education in health
Daniel Antunes Freitas; Emanuele Mariano de Souza Santos; Lucy Vieira da Silva Lima; Lays Nogueira Miranda; Eveline Lucena Vasconcelos; Patrícia de Carvalho Nagliate
- 449 Integrated Health Practices I: an innovative experience through inter-curricular integration and interdisciplinarity
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi; Alzira Maria Baptista Lewgoy

open space

- 463 When joy enters into the health center: an experience of health promotion in Buenos Aires, Argentina
Claudia Bang; Alicia Stolkiner; Marcela Corín
- 475 Lifelong Education on Mental Health: experience report
Gabriel Teixeira de Medeiros; Fernando Aparecido Figueira do Nascimento; Renato Gomes Pavón; Fernando de Almeida Silveira
- 485 Development and implementation of a virtual learning environment in health education: a design-based research experience
Miriam Struchiner; Paula Ramos; Octavio Domont de Serpa Junior

interviews

- 497 Clinical Medicine, Public Health and subjectivity: Conversations with David Armstrong
Sergio Resende Carvalho

books

brief notes

- 517 Multiplying genders in health practices
Alexandre Costa Val; Gabriela de Lima Gomes; Fernando Machado Vilhena Dias

Where's the patient's voice in health professional education?

In November 2015 the second international conference, '*Where's the Patient's Voice in Health Professional Education?*' was held in Vancouver, Canada. The conference brought together 250 participants from 16 countries, including Brazil, to share experiences of involving patients as active participants in the education of health professionals. Uniquely for an academic conference, just over 20% of participants identified themselves as patients or community members and 13% were students. The conference was held 10 years after the first international conference on the topic in Vancouver which brought together the pioneers in the field to 'map the territory' of patient involvement¹. In 2015 we learned about the significant progress that has been made over the past decade.

Historical perspective on patient involvement

The 'patient as teacher' has a long history. At the beginning of the 20th century William Osler, one of the founding fathers of medical education, insisted that students learn from seeing and listening to patients. In Osler's model of education, students would learn medicine in the lecture hall and laboratory for the first two years, followed by two years in which the hospital would become the college, and the patient the centre of learning, with books and lectures as tools. Osler's idea of learning from the patient in the clinical setting continues to this day. Although the traditional 'bedside teaching' model is being replaced with more teaching in outpatient clinics or primary care, the patient's role is still essentially passive. The patient is used as a living textbook or 'clinical material' to illustrate some important or interesting aspect of disease or disability, or as a subject on which students can practice their clinical skills. In these traditional approaches, students learn 'on' and 'about' patients. More recently, however, patients have started to play much more active roles as educators by which students learn 'with' and 'from' them.

Programs that involve patients as teachers of core professional skills date back to the early 1970s and were developed as a response by professional educators to perceived problems with the teaching of clinical skills by clinicians, notably that students were rarely observed or given feedback on their performance². Trained patient instructors who used their own bodies to teach and evaluate physical examination skills were able to give more time for practice and feedback than could busy clinicians. They also provided a safe learning environment in which students felt less pressure to 'perform' than when instructed by a clinician. One of the most long-lasting examples are arthritis patient educators who teach the musculo-skeletal examination. In addition patient instructors proved to be an ethical and realistic way to teach intimate examinations such as pelvic and breast examinations. Many of these programs have become embedded into the formal curricula of health professional programs.

Programs that involve patients in roles other than teachers of clinical skills first appeared in the early 1990s as part of a movement for active patient involvement created by the convergence of trends in health care delivery, policy and research that emphasized the active participation of the community and individual patients in many aspects of their care², and the World Health Organization's call for medical schools to be socially accountable and address the priority health concerns of the communities they serve. The extension of policy directions for patient and public participation in the delivery of services into the education of the health and social care professionals who provide those

services has been most notable in the UK, where government policies to develop a 'patient-led' National Health Service has resulted in the most wide ranging and institutionally supported 'patient as educator' initiatives in the world. Irrespective of national government policy, however, almost all health professions embrace a version of patient-centred care in their particular good practice model, which includes a focus on individual people's preferences, life circumstances and experience of illness.

Benefits of learning from patients

Patient involvement has now extended throughout the educational continuum (into postgraduate and continuing professional development) and across different health professions, including medicine, nursing, allied health professions and the training of interprofessional and multiprofessional teams.

Professional educators have discovered that the expertise of patients can enrich the education of students in a variety of ways, providing learning experiences that could not otherwise occur and broadening out curricula from the traditional biomedical model. The lived experience of disease (chronic illness or disability) is unique experiential knowledge not possessed by health professional educators. Students contrast 'dry book learning' with 'powerful', 'memorable', 'inspirational' learning from patients. Learning with patients helps students put their academic learning in context and promotes patient-centredness³. An aim of some patient involvement initiatives is to shape learners' attitudes and values. For example, Health Mentors programs, in which students interact with people from marginalized populations, are designed to overcome the stigma and stereotyping associated with certain groups such as the elderly, or people with mental illness or disabilities². There is some evidence that these encounters do encourage more positive attitudes among students towards groups that receive poorer care or are underserved by health professionals. In summary, learning from patients can play a role in the development of clinical reasoning, communication skills, professional attitudes, empathic understanding and an individualized approach to the patient; it also motivates students by providing relevance and context². There are also benefits to the patients involved in education, including satisfaction in giving back to the community, having an influence on the education of future professionals, and increased self-esteem and empowerment. However, there are few good quality outcomes studies, and there is a lack of evidence of the long-term impact on practice and benefits to the recipients of care.

The spectrum of involvement

The nature, duration, and even purpose, of active patient involvement in education are enormously variable from program to program and country to country. The ways in which patients can be involved in the education of health professionals can be considered along a spectrum of involvement². At level 1 patients' stories are used to create learning materials that are used by professional educators and clinical teachers. For example patients' experiences can be used as the basis for case-based learning, virtual patients or scenarios for assessments. It is also now common practice that simulated and standardized patients are involved in the teaching and assessment of communication, history taking or physical examination skills (level 2). Patients are increasingly invited into the classroom to share their unique personal experience of illness and disability and of the health care system, or students may make family and community visits

(level 3). At level 4 patients are actively engaged in a teaching role, either on their own or as co-teachers with professionals. They may undergo training for this enhanced role and become proficient in giving feedback to learners; patients may also assess students' competence in areas such as patient-centredness or communication. At level 5, patients are equal partners, not only on teaching but in curriculum development. They have membership on committees that is not tokenistic and are listened to and respected as educators and experts. Finally, patients are involved at institutional level in educational decision-making, for example about curriculum, student selection, faculty recruitment or program evaluation (level 6). However, examples of involvement at levels 5 and 6 are rare. Barriers to patient involvement in education include lack of institutional support and funding, challenges to professional knowledge and power, and issues of representativeness and tokenism.

Future directions

At the *'Where's the Patient's Voice in Health Professional Education?'* conference we recognized that much progress has been made over the past decade. In many countries and professions there are innovative and high quality educational initiatives involving patients as educators. Patients themselves are increasingly confident that they have important contributions to make to education. However, we also found that many of these activities are driven by a small group of enthusiastic people working in isolation. Activities are often fragmented rather than being embedded into the educational structures of the institution, and they are often of low priority or status in the institution. To make further progress, conference participants generated a statement to set the agenda for the next five years⁴.

The conference statement summarizes the current state and highlights nine priorities for action over the next five years that are necessary in order to embed patient involvement in the education of health and social care professionals. They are in the areas of policy, recognition and support, innovation, research and evaluation, and dissemination and knowledge exchange. Of these, the actions that are most likely to bring about substantive change are those related to policy. Change at this level requires leadership from decision-makers in the health care system and professional bodies, as well as those directly responsible for the education of health and social care professionals. We call on all leaders, educators and clinicians to model and set expectations of collaboration and partnerships with patients early and often across the continuum of education in order to improve the quality of patient-centred care and health outcomes.

Angela Towle

Patient & Community Partnership for Education, Office of the Vice-Provost Health,
and Associate Professor, Department of Medicine, University of British Columbia,
Vancouver, Canada. angela.towle@ubc.ca

References

1. Farrell C, Towle A, Godolphin W. Where's the patient's voice in health professional education? [Internet] [cited 2016 Feb 7]. Vancouver: Division of Health Care Communication, University of British Columbia; 2006. Available from: www.dhcc.chd.ubc.ca/sites/default/files/documents/PtsVoiceReportbook.pdf
2. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, et al. Active patient involvement in the education of health professionals. *Med Educ.* 2010; 44(1):64-74.
3. Towle A, Godolphin W. Patients as educators: interprofessional learning for patient-centred care. *Med Teacher.* 2013; 35(3):219-25.
4. Towle A, Farrell C, Gaines ME, Godolphin W, John G, Kline C, et al. The patient's voice in health and social care professional education: the Vancouver Statement. *Int J Health Gov.* 2016 [in press].

Submetido em 11/02/2016. Aprovado em 12/02/2016.

Onde está a voz do paciente na educação profissional em saúde?

Em novembro de 2015, a segunda conferência internacional '*Onde está a voz do paciente na Educação Profissional em Saúde?*' foi realizada em Vancouver, no Canadá. A conferência reuniu 250 participantes de 16 países, incluindo o Brasil, para compartilhar experiências relacionadas a envolver os pacientes como participantes ativos na educação de profissionais de saúde. Surpreendentemente para uma conferência acadêmica, aproximadamente 20% dos participantes se identificaram como pacientes ou membros da comunidade e 13% eram estudantes. A conferência ocorreu dez anos depois que a primeira conferência internacional sobre esse tópico foi realizada em Vancouver, reunindo os pioneiros no campo para 'mapear o território' do envolvimento de pacientes¹. Em 2015, percebemos o progresso significativo que houve na última década.

Perspectiva histórica do envolvimento de pacientes

A proposta de se considerar o 'paciente como professor' possui uma longa história. No início do século XX, William Osler, um dos fundadores da educação médica, insistia que os alunos deveriam aprender vendo e ouvindo os pacientes. No modelo de educação de Osler, os alunos aprenderiam medicina na sala de aula e no laboratório durante os dois primeiros anos e, nos dois anos seguintes, o hospital tornar-se-ia a faculdade, o paciente seria o centro da aprendizagem, e os livros e as aulas as ferramentas. A ideia de Osler de que o aluno deve aprender com o paciente no cenário clínico permanece até os dias de hoje. Embora o modelo tradicional de 'ensino aos pés do leito' esteja sendo substituído pelo ensino em ambulatórios ou na atenção primária, o papel do paciente ainda é essencialmente passivo. O paciente é utilizado como um livro didático vivo ou como 'material clínico' para ilustrar aspectos importantes ou interessantes de alguma doença ou deficiência, ou ainda como um sujeito no qual os alunos podem praticar suas habilidades clínicas. Nessas abordagens tradicionais, os alunos aprendem 'no' e 'sobre' os pacientes. No entanto, mais recentemente, os pacientes começaram a desempenhar papéis muito mais ativos como educadores, possibilitando que os alunos aprendam 'com' e 'a partir' deles.

Programas que envolvem os pacientes como professores de habilidades profissionais essenciais começaram a ser desenvolvidos por profissionais da área de educação no início da década de 1970, em resposta a problemas identificados no ensino de habilidades clínicas ministrado por clínicos. Um dos principais problemas era que os alunos quase nunca eram observados ou recebiam *feedback* sobre seu desempenho². Pacientes que se tornaram instrutores treinados utilizavam seus próprios corpos para ensinar e avaliar habilidades relacionadas a exames físicos e possuíam mais tempo para a prática e o *feedback*, do que os clínicos excessivamente ocupados. Além disso, proporcionavam um ambiente de aprendizagem seguro no qual os alunos sentiam-se menos pressionados em relação ao seu 'desempenho' do que quando eram instruídos por um clínico. Um dos exemplos mais citados é o dos pacientes com artrite que ensinam o exame músculo-esquelético. Ademais, pacientes instrutores provaram ser uma maneira ética e realista de ensinar exames íntimos, como os exames pélvicos e de mama. Muitos desses programas foram incluídos nos currículos de formação de profissionais de saúde.

Programas que envolvem pacientes em outros papéis que não o de professores de habilidades clínicas foram implementados pela primeira vez no início da década de 1990, como parte de um movimento a favor do

envolvimento ativo dos pacientes. Tal movimento foi criado pela convergência de tendências relacionadas a políticas, pesquisas e oferta de serviços de saúde que enfatizavam a participação ativa da comunidade e de pacientes em muitos aspectos de seu cuidado², e também a partir da convocação realizada pela Organização Mundial de Saúde para que as faculdades de medicina fossem socialmente responsáveis e abordassem as prioritárias questões de saúde das comunidades que servem. A ampliação das políticas de participação dos pacientes e do público na oferta de serviços buscando incluir a educação dos profissionais de saúde e dos assistentes sociais que prestam esses serviços tem sido notável no Reino Unido, onde as políticas governamentais para desenvolver um Serviço Nacional de Saúde 'conduzido pelo paciente' resultaram nas iniciativas relacionadas ao 'paciente como educador' mais abrangentes do mundo, além de serem as que mais recebem apoio das instituições. Independentemente da política nacional de saúde, quase todas as profissões nesta área adotam uma versão de cuidado centrado no paciente em seus modelos específicos de boas práticas orientadas para as preferências individuais, as circunstâncias de vida e as experiências de adoecimento das pessoas.

Os benefícios de aprender a partir dos pacientes

Atualmente, o envolvimento dos pacientes se estende ao longo de todo o *continuum* educacional (inclusive em cursos de pós-graduação e de desenvolvimento profissional contínuo) e para diferentes profissões da saúde, como medicina, enfermagem e outras profissões relacionadas. Além disso, influencia o treinamento de equipes interprofissionais e multiprofissionais.

Os profissionais da área da educação descobriram que a expertise dos pacientes pode enriquecer a educação dos alunos de várias maneiras, possibilitando experiências de aprendizagem que de outra forma não ocorreriam e fazendo os currículos superarem o modelo biomédico tradicional.

A vivência da enfermidade (doença crônica ou deficiência) é um conhecimento experiencial único que os educadores de profissionais de saúde não possuem. Os alunos contrastam 'a aprendizagem seca a partir de livros' com a aprendizagem 'poderosa', 'memorável', 'inspiradora' a partir dos pacientes. Aprender com os pacientes auxilia os alunos a contextualizar sua aprendizagem acadêmica e promove o foco no paciente³.

Um dos objetivos de algumas iniciativas relacionadas ao envolvimento dos pacientes é moldar as atitudes e os valores dos aprendizes. Por exemplo, os programas Mentores de Saúde, nos quais os alunos interagem com pessoas que pertencem a populações marginalizadas, são criados para superar o estigma e os estereótipos associados a certos grupos, como os idosos ou pessoas com doenças mentais ou deficiências². Há evidências de que esses encontros realmente encorajam os alunos a demonstrar atitudes mais positivas em relação a grupos que recebem atendimento precário ou para os quais não há um número suficiente de profissionais de saúde.

Em resumo, aprender com os pacientes pode contribuir para o desenvolvimento do raciocínio clínico, das habilidades comunicativas, de atitudes profissionais, de compreensão empática e de uma abordagem individualizada ao paciente; além disso, motiva os alunos ao proporcionar relevância e contexto². Ademais, há benefícios para os pacientes envolvidos na educação dos alunos, como a satisfação de poder retribuir à comunidade, influenciando a educação de futuros profissionais, além do aumento da autoestima e do empoderamento. No entanto, há poucos estudos de qualidade sobre desfechos e não há evidências do impacto a longo prazo na prática, nem de benefícios a quem recebe o cuidado.

O espectro do envolvimento

A natureza, duração e até mesmo o propósito do envolvimento ativo de pacientes na educação variam muito de programa para programa e de país para país. Pode-se dizer que as maneiras pelas quais os pacientes podem se envolver na educação de profissionais de saúde formam uma escala de envolvimento². No nível 1, as histórias dos pacientes são utilizadas para criar materiais de aprendizagem que são usados por educadores profissionais e professores clínicos. Por exemplo, as experiências dos pacientes podem ser a base para a aprendizagem baseada em casos, pacientes virtuais ou cenários para avaliações. Uma prática comum nos dias de hoje é o envolvimento de pacientes simulados e padronizados no ensino e na avaliação da comunicação, na coleta do histórico ou no ensino das habilidades relacionadas à realização de exames físicos (nível 2). Cada vez mais, os pacientes têm sido convidados a entrar na sala de aula para compartilhar sua experiência, que é pessoal e única, relacionada a doenças, deficiências e ao sistema de saúde, ou os alunos realizam visitas à família e à comunidade dos pacientes (nível 3). No nível 4, os pacientes desempenham ativamente um papel de ensino, ou por conta própria ou como co-professores, juntamente com profissionais. Podem receber treinamento para desempenhar esse papel e podem se tornar proficientes em fornecer *feedback* aos aprendizes; além disso, podem avaliar a competência dos alunos em áreas como foco no paciente ou comunicação. No nível 5, os pacientes são parceiros, não apenas no ensino, mas também no desenvolvimento do currículo. São membros de comitês, mas de maneira real, não simbólica, e são ouvidos e respeitados como educadores e especialistas. Finalmente, no nível 6, os pacientes se envolvem, em nível institucional, na tomada de decisões educacionais, como por exemplo, sobre currículo, seleção dos alunos, recrutamento de professores ou avaliação do programa. Entretanto, exemplos de envolvimento nos níveis 5 e 6 são raros. As barreiras ao envolvimento do paciente na educação dos profissionais incluem falta de apoio institucional e financiamento, desafios ao conhecimento e ao poder profissional e questões de representatividade e envolvimento de pacientes apenas de maneira simbólica.

Direções futuras

Na conferência 'Onde está a voz do paciente na Educação Profissional em Saúde?' reconhecemos que houve um grande progresso na última década. Em muitos países e profissões, há iniciativas educacionais inovadoras e de qualidade envolvendo os pacientes como educadores. Os próprios pacientes acreditam cada vez mais que têm contribuições importantes a dar para a educação. Contudo, também descobrimos que muitas dessas atividades são conduzidas por um pequeno grupo de entusiastas trabalhando isoladamente. Frequentemente, as atividades são fragmentadas ao invés de fazerem parte das estruturas educacionais da instituição; muitas vezes, têm baixa prioridade ou status.

Para que o progresso continue, os participantes da conferência elaboraram uma declaração para estabelecer as metas para os próximos cinco anos⁴.

A declaração resume o estado atual e apresenta nove prioridades de ação para os próximos cinco anos, necessárias para incluir o envolvimento de pacientes na educação de profissionais de saúde e assistentes sociais. Essas prioridades estão nas áreas de políticas, reconhecimento e apoio, inovação, pesquisa e avaliação e disseminação e intercâmbio de conhecimentos. Dentre elas, as ações que têm maior probabilidade de causar mudanças substanciais são aquelas

relacionadas a políticas. Mudanças nesse nível requerem liderança dos tomadores de decisão no sistema de saúde e nos órgãos profissionais e também das pessoas diretamente responsáveis pela educação desses profissionais. Convocamos todos os líderes, educadores e clínicos para que formulem e estabeleçam expectativas de colaboração e parcerias com pacientes no início e ao longo de todo o *continuum* da educação para melhorar a qualidade do cuidado centrado no paciente e os desfechos em saúde.

Angela Towle

Patient & Community Partnership for Education, Office of the Vice-Provost Health,
and Associate Professor, Department of Medicine, University of British Columbia,
Vancouver, Canada. angela.towle@ubc.ca

References

1. Farrell C, Towle A, Godolphin W. Where's the patient's voice in health professional education? [Internet] [cited 2016 Feb 7]. Vancouver: Division of Health Care Communication, University of British Columbia; 2006. Available from: www.dhcc.chd.ubc.ca/sites/default/files/documents/PtsVoiceReportbook.pdf
2. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, et al. Active patient involvement in the education of health professionals. *Med Educ.* 2010; 44(1):64-74.
3. Towle A, Godolphin W. Patients as educators: interprofessional learning for patient-centred care. *Med Teacher.* 2013; 35(3):219-25.
4. Towle A, Farrell C, Gaines ME, Godolphin W, John G, Kline C, et al. The patient's voice in health and social care professional education: the Vancouver Statement. *Int J Health Gov.* 2016 [in press].

Submetido em 11/02/2016. Aprovado em 12/02/2016.

Desperdício da experiência e precarização da vida:

momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids

Fernando Seffner^(a)
Richard Parker^(b)

Seffner F, Parker R. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):293-304.

Brazil was once a country known worldwide for the quality of its response to AIDS. Today Brazil experiences a clear setback, especially in the area of prevention. The text intends to analyze this situation, with the help of two concepts: the *waste of experience*, inspired by Boaventura Santos, and the *precariousness of life*, a category that builds on the ideas of Judith Butler. In line with these two categories, the text takes up the concept of solidarity, an important political organizer that gave force to the initial Brazilian response to AIDS. Brazilian public health policy deal with the AIDS epidemic today in a permanent tension between *making live* (expanding the supply of tests for knowledge of HIV status and universal provision of antiretroviral medication) and *letting die* (reinforcing the situations of stigma and discrimination in relation to vulnerable populations).

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Brazil. Solidarity. Precariousness. Vulnerability.

Já reconhecido pela qualidade da resposta à aids, o Brasil experimenta hoje retrocessos, em especial na área da prevenção. Este texto analisa a situação, com o auxílio de duas categorias conceituais: o *desperdício da experiência*, analítica que construímos inspirados em Boaventura Santos, e a *precarização da vida*, noção que toma como base as ideias de Judith Butler. Em sintonia com essas categorias, retoma a proposta de solidariedade, importante organizador político do vigor inicial da resposta brasileira à aids. As políticas públicas brasileiras lidam com a epidemia de aids nos dias de hoje na permanente tensão entre o *fazer viver* (ampliação da oferta de exames para conhecimento da situação sorológica e oferta universal da medicação antirretroviral) e o *deixar morrer* (reforço das situações de estigma e discriminação às populações vulneráveis). Em torno deste quadro, o texto efetua análises e lança provocações.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Brasil. Solidariedade. Precariedade. Vulnerabilidade.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Avenida Paulo Gama, Prédio 12201, sala 903, campus Central da UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. 90046-900. fernando.seffner@ufrgs.br

^(b) Department of Sociomedical Sciences, Mailman School of Public Health, Columbia University. New York, United States of America. rgp11@columbia.edu

Segue avançando, retrocedeu, estagnou, chegamos lá?

Desde a criação da resposta à aids no Brasil, seus rumos têm estado no centro do debate entre gestores, ativistas, pesquisadores e pessoas que vivem com HIV/Aids. Tivemos momentos de concordância e elogio aos rumos da resposta nacional, por exemplo, quando do reconhecimento do sucesso da oferta da medicação antirretroviral no sistema público de saúde. A política de acesso ao tratamento não foi apenas sucesso técnico, representou a concretização de uma resposta com base nos princípios dos direitos humanos, reafirmando que todas as vidas têm igual importância (ver, por exemplo: Berkman et al.¹, Galvão², Teixeira et al.³, Okie⁴, Greco et al.⁵, Mesquita et al.⁶). Seu sucesso se atesta também no aspecto epidemiológico⁷. Tivemos franca polêmica quando do cancelamento da campanha de prevenção voltada ao público de jovens gays, no carnaval de 2012, e quando do veto à campanha dirigida a profissionais do sexo, que conjugava prevenção com autoestima na prostituição, em 2013.

O momento atual^(c) é de enfrentamento de opiniões com marcas características. Uma delas é o otimismo com a “solução definitiva” do tratamento, na forma de um único medicamento, a colocar outros métodos no ostracismo. No campo da prevenção também o otimismo se dá com respostas farmacêuticas, que aposentariam de vez tudo que já foi empregado para pensar politicamente a aids, esquecendo: conexões entre direitos humanos, enfrentamento das desigualdades de gênero e prevenção da aids. Ao lado deste otimismo ufanista, de solução logo ali “na esquina” para o “problema da aids”, temos vozes que mostram o recuo da capacidade das políticas públicas brasileiras de reduzir a homofobia; de cuidar das pessoas vivendo com HIV/Aids; de educar os jovens sobre questões de sexualidade, gênero e doenças sexualmente transmissíveis; de evitar a criminalização da transmissão, implicando elevação da mortalidade, conforme Grangeiro et al.⁸:

No entanto, o que mais revela o ressurgimento da doença no Brasil é a tendência da mortalidade. Depois de anos consecutivos marcados por reduções, o número de mortes e a taxa de mortalidade começaram a aumentar novamente. Em 2013, houve 12.700 casos de mortes causadas pela doença, um número que é semelhante ao de 15 anos atrás, quando a política de acesso a medicamentos antirretrovirais foi implementada. Nos últimos sete anos, o crescimento da taxa de mortalidade nacional aumentou um pouco mais de 5%, de 5,9% por 100.000 habitantes em 2006 para 6,2% por 100.000 habitantes em 2013. (p. 7, tradução nossa)

Propomos pensar este retrocesso como fruto de longo processo de desperdício da experiência, mais do que ato deliberado deste ou daquele gestor em particular. A resposta brasileira é uma resposta da sociedade como um todo, na qual os agentes das políticas públicas são parte, mas não os únicos protagonistas. O eixo que seguimos passa pelo exame das políticas públicas (ou proposições delas), relacionadas ao tema em questão, e as reações da sociedade. Nosso diagnóstico caminha pela percepção de que as políticas públicas brasileiras em saúde lidam, atualmente, com a epidemia de aids nos dias de hoje na permanente tensão entre o *fazer viver* (ampliação da oferta de exames para conhecimento da situação sorológica e oferta universal da medicação antirretroviral) e o *deixar morrer* (reforço das situações de estigma e discriminação às populações vulneráveis)^(d).

^(c) Por momento atual consideramos o período de 2012 ao primeiro semestre de 2015.

^(d) Utilizamos aqui, de modo livre, a expressão “fazer viver e deixar morrer”, consagrada na obra de Michel Foucault “Em defesa da sociedade” (São Paulo, Martins Fontes, 1999), mas sem tomar os referenciais teóricos do autor como suporte de análise.

Conceitos novos e antigos e possibilidades de compreensão e ação

A emergência da aids no Brasil foi marcada pelo esforço em pensar de outro modo sobre as conexões doença, saúde e sociedade, fruto do período de ampliação democrática pós-regime militar. Tratar da epidemia implicou falar em: homossexualidade, direitos humanos, luta contra o preconceito e a discriminação, questionamento dos procedimentos médicos, críticas à medicalização, enfrentamento dos grandes laboratórios farmacêuticos por conta dos preços da medicação e da legislação de patentes, defesa do sistema único de saúde, aceitação da prostituição como uma atividade socialmente reconhecida.

Essa ampliação da rede de significados em torno da doença esteve ancorada em categorias conceituais e estratégias políticas próprias. Retomamos aqui a noção de solidariedade, central para entender esse período inicial, e, em seguida, a colocaremos em diálogo com a noção de precariedade da vida, de Judith Butler. Nosso intento é também evitar o desperdício da experiência de tantos anos de luta e, ao mesmo tempo, posicionar a resposta nacional em sintonia com o linguajar político que emergiu nos últimos anos. Quem introduziu o conceito de solidariedade na linguagem política nacional foi Herbert de Souza, o Betinho, citado por Parker⁹: “O Brasil, através de segmentos representativos, por suas características e potencialidades, pode-se constituir num exemplo de mobilização. Difundindo uma outra visão sobre a epidemia que restaure a cura como perspectiva e a solidariedade como princípio de todo o trabalho de prevenção”.

A noção de solidariedade posta em ação na luta contra a aids se conectou com a proposta pedagógica de Paulo Freire, que faz referência explícita ao conceito¹⁰. Vale lembrar que a solidariedade foi proposta em momento de luta contra as mazelas da aids, e teve um valor de bandeira política imediata na mobilização, um caráter de urgência e de mobilização de pessoas e grupos. Pelo uso do termo e pelas experiências concretas de solidariedade, percebemos seus traços essenciais. De novo, enfatizamos que toda esta construção política da solidariedade se fez na luta contra a aids, respondendo às urgências e emergências, e não no interior de uma investigação teórica, o que explica que sua definição seja mais fácil de perseguir a partir de atos do que de tratados teóricos. Em Rorty¹¹ vemos que “A solidariedade não é descoberta pela reflexão, mas sim criada. Ela é criada pelo aumento de nossa sensibilidade aos detalhes particulares da dor e da humilhação de outros tipos não familiares de pessoas. Essa maior sensibilidade torna mais difícil marginalizar pelo pensamento as pessoas diferentes de nós” (p. 20).

Este modo de enxergar o exercício da solidariedade dialoga com a noção de “sociedades em movimento”¹², como produto da ação de movimentos sociais que politizam seus temas específicos de modo muito intenso e passam a oferecer modelos de organização social ampla, para além da luta em que estão engajados. Esta tem sido, claramente, a trajetória de um grande número de atores sociais na luta contra a aids, que transitaram de estratégias de educação de corte individualista para abordagens de alcance comunitário, e que demonstram, segundo Parker¹³

[...] um novo entendimento de quanto a luta para responder efetivamente ao HIV e à AIDS é, na verdade, parte de uma luta muito mais ampla e de prazo muito mais longo [...] necessariamente destinada a enfrentar as questões subjacentes de desigualdade e injustiça que criaram as condições para a disseminação da infecção pelo HIV/AIDS. (p. 101)

Rastreando ações, proposições de encontros e manifestações de gestores, levantamos o contorno da solidariedade: 1) garantia de um conjunto de direitos para as pessoas vivendo com HIV/Aids, como na Declaração dos Direitos Fundamentais das Pessoas Vivendo com o Vírus da aids, aprovada em 1989 em Porto Alegre¹⁴; 2) tentativa de qualificar a resposta da sociedade civil à aids no Brasil com o nome de Rede Brasileira de Solidariedade¹⁴, afastando, com isso, a compreensão puramente biomédica da doença; 3) estabelecimento de grupos de mútua ajuda para auxiliar as pessoas vivendo com HIV/Aids a trocarem experiências de vida¹⁵, vistos como prática ativa de solidariedade, bem como o forte apelo ao voluntariado nas Ongs que começaram a se criar para fazer a resposta à aids; 4) o combate ao abandono, solidão, discriminação, preconceito, marginalidade e culpa, por meio

do apelo à solidariedade¹⁵, combinada com a disseminação de informações corretas e científicas sobre o HIV, seus modos de transmissão ou não; 5) a forte noção de que os aprendizados para a construção de uma resposta brasileira à aids estão ligados à possibilidade de se estabelecerem processos dialógicos entre diferentes indivíduos e comunidades, em sintonia com Paulo Freire: “Já agora ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam em comunhão, mediatizados pelo mundo”¹⁶ (p. 39). A noção de solidariedade recusa a possibilidade de que alguém ou algum grupo detenha o completo saber sobre a epidemia e seus modos de compreensão, e estabelece a absoluta necessidade do diálogo e do respeito aos diferentes saberes na construção da resposta nacional; 6) a solidariedade se vincula a uma afirmação simples e politicamente potente: o que cura a morte, o sofrimento e a discriminação é a vida¹⁷; 7) as ações de solidariedade interessam a todas as pessoas, uma vez que a aids não está em alguns corpos, está no mundo, todos vivemos em um mundo com HIV, e as ações de manutenção da vida neste mundo são não apenas de responsabilidade de todos, como também beneficiam a todos. Essa ideia revela um projeto político de humanidade que não aposta na autonomia individual própria do pensamento liberal, mas aposta na vida produzida continuamente a partir de relações sociais com outros atores; 8) A noção de solidariedade aponta claramente para algo que pode ser feito de imediato, que não necessita aguardar a descoberta do medicamento que vai eliminar o HIV do organismo. A solidariedade fala de uma aids mais vinculada ao que se poderia chamar de “vírus ideológico do preconceito e da intolerância”, que é assumido como matando mais do que o vírus biológico, pois, além de matar, encurta a vida possível dos indivíduos, conforme os conceitos de morte civil e morte anunciada. Desta forma, solidariedade é uma estratégia de ação que acontece simultaneamente à busca da cura farmacêutica da aids, uma vacina de eficácia comprovada contra o que acabou por ser conhecido como “terceira epidemia de aids”^{18,19}, a epidemia da discriminação contra as pessoas vivendo com HIV/Aids. O exercício da solidariedade desloca a aids decididamente para o campo político, e permite envolver todos os tipos de pessoas na luta, e não apenas profissionais de saúde. O uso da noção de solidariedade também incorpora marcas do pensamento de Paulo Freire¹⁰:

Gostaria de acrescentar a solidariedade como outra qualidade desejável. Solidariedade caminha lado a lado com espírito crítico. Eu não posso imaginar o mundo tornar-se melhor se nós realmente não adotarmos este sentimento, se o mundo imediatamente não tornar-se uma grande massa de solidariedade, se não lutarmos pela solidariedade. (p. 522, tradução nossa^(e))

Estes atributos permitem dialogar solidariedade com vida precária, luto e violência em Judith Butler²⁰. A autora analisa, aqui, dois temas de grande complexidade política: o ataque às torres gêmeas em 11 de setembro de 2001 e as atitudes invasivas do Estado de Israel na região da Palestina. Judith Butler enfatiza a noção de precariedade fundamental da vida humana, que implica, de modo decisivo, a vulnerabilidade – ou fragilidade – da vida do outro, de qualquer outro com quem nos relacionamos. O livro respira uma forte ênfase numa ética das relações humanas que privilegia pensar na dependência, na vulnerabilidade de outro anônimo que depende de mim e de quem eu dependo. É intensamente combatida a noção de uma autonomia existencial ou soberania irrestrita, que permitiria, com facilidade, estabelecer a divisão entre um mundo do *nós* e um

^(e) A referência está feita a partir de leitura da obra no formato ebook, com paginação variável, por conta disso, indicamos capítulo e parte do capítulo onde a citação se encontra.

mundo dos *outros*. O não-reconhecimento dessa verdade fundamental da vida, que é sua precariedade, permite o desenvolvimento da violência e da noção de vingança – no caso do tema abordado no livro, a vingança aplicada pelos Estados Unidos sobre os grupos, povos e países assinalados como terroristas e culpados pelo ataque às torres gêmeas.

O momento atual da resposta à aids é marcado, conforme já mencionamos, pela dupla tensão entre o fazer viver (ampliação da oferta de exames para conhecimento da situação sorológica e oferta universal da medicação antirretroviral) e o deixar morrer (reforço das situações de estigma e discriminação as populações vulneráveis). O extraordinário avanço na produção de drogas e tratamentos na luta contra o HIV tem produzido, efetivamente, a possibilidade concreta do fazer viver, do ampliar o número de anos vividos, e viver com a aids como doença crônica, da qual não nos curamos, mas que não nos impede a vida cotidiana.

Queremos, agora, nos concentrar no “deixar morrer”, e, para isso, vamos tomar outro conjunto de ideias de Judith Butler²⁰, postas na mesma obra. Um dos sintomas mais evidentes da facilidade em deixar morrer é a ausência de luto produzida pelas mortes dos outros. Para o caso em análise na obra de Butler, são as mortes de populações árabes em bombardeios feitos pelos Estados Unidos, e de palestinos nas incursões de Israel, apresentadas, sem nome, nas notícias, apenas como números, e não reconhecidas como vidas viáveis, ou vidas dignas de serem vividas. Portanto, delas não se faz luto. O luto analisado por Butler²⁰ é um luto político, não é uma ação individual. É uma modalidade de luto que nos permite conhecer a qualidade do laço que mantemos com os demais. Não é o luto feito de uma forma apenas emocional. Sem nenhum demérito pelo luto individual chorado, o que aqui interessa é o luto que produz mudança coletiva, quando o luto se transforma em estratégia contra a morte coletiva, em luto político⁽¹⁾. É, enfim, um luto em que a tristeza não afoga as possibilidades de perceber o fenômeno social envolvido na produção daquela morte, e, muito menos, um luto medicalizado, como temos assistido de modo frequente.

Para os casos analisados no livro, é mencionado um luto político dos Estados Unidos, que é perder a arrogância, o desejo de vingança e a noção de que é um país que se basta a si mesmo²⁰. A dor, o luto, a violência e a vulnerabilidade a que todos estamos expostos são dimensões da vida no espaço público. É a partir do absoluto reconhecimento desses atributos que Butler procura condições para construir outro tipo de comunidade política. Sua proposta está baseada na noção de vida precária, na radicalidade de que todos somos seres sociais profundamente ligados aos outros por laços humanos, e avança para uma ética da não-violência, que apresenta conexão com os direitos humanos²⁰. Esta ética da não-violência implica reconhecer a vida de cada um como vida viável, e que só há luto para vidas viáveis. Se olharmos para o outro e reconhecermos nele uma vida não viável, não digna de ser vivida, perdemos a capacidade do luto. A perda de uma vida produz luto político na medida em que permite preocupações claramente assumidas: o que fizemos como sociedade para esta vida valer a pena? Esta perda nos reuniu a todos em um “nós”? Temos a noção de que algo foi perdido, expresso nas perguntas “o que sou sem ti? O que eu perdi?”²⁰ (p. 46).

Aproximamos, aqui, vulnerabilidade e precariedade. Guardadas suas matrizes de origem, estes conceitos apontam na direção que consideramos adequada para pensar o ser humano. Envolvem ter atenção à vida ordinária, vista como precária ou intrinsecamente vulnerável. Podemos ter ações que aumentem a precariedade da vida, e ações que contribuam para diminuir ou, mesmo, eliminar esta precariedade. Em uma mesma sociedade, em um mesmo momento histórico,

⁽¹⁾ A luta contra a aids esteve marcada fortemente, no período inicial, pela lembrança dos nomes das pessoas que morreram, vistas como vidas viáveis, que mereciam reconhecimento, e não apenas como números em tabelas epidemiológicas. Tal estratégia de luta está registrada no Names Project (Projeto Nomes no Brasil), em: <<http://www.aidsquilt.org/>> e demonstra uma forma de luto político.

teremos esse jogo de ações que ampliam a precariedade da vida ou a tornam menos precária. Ações que investem em precarizar a vida possibilitam a injúria do indivíduo, sua exposição à vergonha, à exploração de seu corpo como vida não viável, roubam seu futuro, implicam constante separação entre o nós e o eles.

Em geral, afirma-se que transgredir a norma implica aumentar a vulnerabilidade pessoal. Estaria aí o exemplo dos homossexuais, mais infectados pela epidemia, por conta de terem “decidido” viver uma vida que afronta a norma. Por outro lado, vem também, das estatísticas da aids, a informação de que mulheres casadas, fiéis a seus maridos, com vida conformada à norma, experimentam vulnerabilidade à infecção pelo HIV. A vulnerabilidade de que falamos aqui é uma relação, não uma essência de pessoas ou grupos. Todos estamos sempre sujeitos à vulnerabilidade e, no dizer de Judith Butler, todos temos vidas precárias. Não há situação de invulnerabilidade, e a vulnerabilidade não tem como ser erradicada, ela pode ser bem gerida, e consideravelmente diminuída. A luta pela redução da vulnerabilidade pode ser pensada como exercício de solidariedade, e essa luta é influenciada pelos recursos postos à disposição para esse exercício. A vulnerabilidade está, antes, relacionada com arranjos institucionais e sociais mais do que com características pessoais, e nesses arranjos podemos mexer. A vulnerabilidade sempre está lá, então se necessita de solidariedade. Solidariedade é um horizonte de obrigações, derivado do reconhecimento da vulnerabilidade comum a todos. A vulnerabilidade não está, de modo essencial, no corpo da mulher, do jovem negro, do indivíduo gay, das travestis, transexuais ou transgêneros, do usuário de drogas, mas nas relações sociais que constroem essas vidas como vidas que não importam²¹.

Se podes olhar, vê. Se podes ver, repara^(g)

O exame de situações contemporâneas da resposta à aids pode fornecer pistas para a compreensão do momento e possibilidades de ação. Nossa posição é evitar o desperdício da experiência²². Na obra citada, Boaventura Santos situa o momento atual como de transição entre dois paradigmas: o da modernidade, já bastante criticado, mas ainda fortemente vigente; e um paradigma emergente, mas que ainda não tem contornos tão definidos, e possui várias nomeações. O autor pede atenção especial às experiências de âmbito local das sociedades, em particular àquelas que nos fornecem elementos que alimentam uma trajetória emancipatória. Critica a ideia de que vamos ter uma “alternativa total” à sociedade em que vivemos, formulada a partir de um único princípio de transformação, e prefere apostar num olhar atento às muitas lutas sociais. Este olhar valoriza as experiências políticas a partir de alguns critérios, que possam construir o que ele chama de “conhecimento prudente para uma vida decente”, como vemos em Almeida²³.

Para o autor o paradigma emergente constrói-se a si mesmo através de uma tripla transformação: a transformação do poder em autoridade partilhada, a transformação do direito despótico em direito democrático; a transformação do conhecimento-regulação em conhecimento-emancipação. (p. 292)

Analisamos, então, dois episódios com esta direção política presente, com os conceitos e história da aids desenvolvidos e dando corpo a este diagnóstico em que insistimos: a resposta brasileira à aids está marcada, nos dias de hoje, pela permanente tensão entre o fazer viver e o deixar morrer.

^(g) Epígrafe de abertura do livro Ensaio sobre a Cegueira, José Saramago, Companhia das Letras, São Paulo, 1995.

O primeiro episódio aconteceu em junho de 2013, quando o Departamento de DST, aids e hepatites virais lançou campanha cujo mote era “sou feliz sendo prostituta”, seguida das informações “2 de junho dia internacional das prostitutas” e “sem vergonha garota”, e com orientações para uso do preservativo. A campanha foi desenvolvida em uma oficina onde estiveram presentes representantes de organizações não governamentais, associações e movimentos sociais que atuam junto a profissionais do sexo de todo país. Uma vez lançada, se fizeram ouvir vozes contrárias e a favor à campanha. As vozes contrárias se insurgiram basicamente contra a proposição “ser prostituta e ser feliz”. Em dois dias, o ministro da Saúde fez retirar a campanha de circulação e exonerou o coordenador do departamento. Na sequência, a campanha foi “relançada”, no dizer do departamento, ou foi “lançada outra campanha”, no dizer das associações de prostitutas. A nova campanha foi intitulada: “Prostituta que se cuida usa sempre camisinha”, e dos materiais foram retiradas as frases “sou feliz sendo prostituta” e “2 de junho dia internacional das prostitutas”, sendo acrescidas frases diretamente vinculadas ao uso do preservativo, como “um beijo para você que usa camisinha e se protege”. Como seria de se esperar, a campanha censurada experimentou enorme repercussão no Brasil e no exterior. A principal justificativa do Ministério da Saúde para o veto à primeira campanha foi que “a saúde deveria divulgar somente mensagens restritas a orientação sobre a prevenção da aids”.

É consenso entre a comunidade científica, organismos internacionais e lideranças da luta contra a aids que seu enfrentamento deve ser intersetorial, e que o combate ao estigma e promoção dos direitos humanos é essencial para a redução de vulnerabilidades que populações mais afetadas vivenciam^(h). A prostituição é reconhecida profissionalmente em muitos países e há muito tempo. No Brasil, nunca foi considerada crime, o que se verifica analisando as legislações. Sobre ela pode ter recaído o juízo moral conservador, mas a história brasileira registra a vida notável de muitas mulheres que se dedicaram a essa atividade. Atualmente, as prostitutas organizam-se em associações em todos os Estados do País; mantêm estratégias de diálogo com a polícia; colaboram como ativistas em campanhas de prevenção de aids; promovem eventos para debate de suas questões; retornam aos bancos escolares para concluir estudos interrompidos, muitas vezes, por estigma na escola. São personagens festejados na literatura, no cinema e nas novelas.

Considerando a trama conceitual que adotamos, podemos afirmar: 1) a nova campanha reforçou a visão do *nós* e do *outro*, uma vez que algo que é patrimônio comum da humanidade e que aproxima a todos em um *nós*, o desejo de ser feliz, foi retirado, substituído por recomendações práticas de como usar o preservativo no exercício profissional; 2) o exercício da solidariedade foi eliminado, uma vez que, na nova campanha, não é possível se colocar no lugar do outro, sumiu o objetivo comum da humanidade, ser feliz, e com ele sumiu a possibilidade de percebermos que todos, *nós* e as prostitutas, temos vidas precárias, em busca da felicidade; 3) lembrando os três pressupostos de Boaventura de Sousa Santos para a criação de um novo paradigma de vida, verifica-se que os três foram atropelados no processo: o poder voltou a se concentrar no nível burocrático, não sendo partilhado; foi exercido um direito despótico, e não democrático, traduzido na censura; o conhecimento cientificamente disponível e socialmente validado acerca da elaboração de campanhas de prevenção não foi transformado em conhecimento-emancipação, ao revés, permaneceu no local de conhecimento-regulação; 4) ao mesmo tempo em que aposta no fazer viver, recomendando o uso do preservativo, a campanha

^(h) Boa parte da argumentação desenvolvida aqui para análise da campanha se beneficiou do texto manifesto “Putas tristes! Ou o triste ministro?”, de autoria de Ronaldo Hallal e Fernando Seffner, e que circulou de modo restrito na conjuntura do acontecimento.

aposta no deixar morrer, amesquinha o projeto de vida das prostitutas, eliminando a possibilidade de proclamarem publicamente que podem ser felizes, aumentando a precariedade de suas vidas.

O segundo episódio é uma cena da histórica polêmica que trata da interdição de doação de sangue aos homens homossexuais por conta do HIV. No cenário brasileiro recente, é de 2004 a Resolução RDC 153 da ANVISA²⁴ que dispõe que “serão inabilitados por um ano como doadores de sangue os homens que tiveram relações sexuais com outros homens ou com as parceiras sexuais destes”, o que foi corroborado pela Portaria MS nº 1.353 de 2011²⁵. Mas a última portaria também afirma que “§ 5º A orientação sexual (heterossexualidade, bissexualidade, homossexualidade) não deve ser usada como critério para seleção de doadores de sangue, por não constituir risco em si própria”, com o que se gera uma situação um tanto contraditória e passível de interpretações divergentes. É no interior deste contexto que selecionamos uma notícia para análise, encontrada no Jornal Opção²⁶.

‘Não dá para confiar’, diz Bolsonaro sobre sangue de homossexual. Jair Bolsonaro fala sobre a polêmica de separar sangue de homossexuais e héteros em bancos de doação. O deputado Jair Bolsonaro (PP-RJ) anunciou que vai entregar uma proposta de lei que visa possibilitar às pessoas que necessitarem de transfusão de sangue escolher se querem receber apenas sangue doado por heterossexuais. A justificativa do projeto, segundo ele, é que homossexuais correm risco maior de contrair doenças sexualmente transmissíveis. Ele diz ainda que o sangue doado ‘é todo misturado’, e que o receptor deve estar ciente se está recebendo o sangue de um heterossexual ou não. Recentemente o Ministério da Saúde flexibilizou a doação de sangue para homossexuais, que até então era proibida. Desde junho do ano passado gays e lésbicas podem doar sangue desde que tenham um parceiro fixo ou que não tenham mantido relações sexuais nos últimos doze meses.

A manifestação do deputado reafirma o modo de associação entre homossexuais e aids que promove a separação entre o nós e os outros. Neste caso, levada ao terreno de alto conteúdo simbólico que é o sangue, historicamente utilizado para estabelecer diferenças entre grupos sociais, dos quais a expressão, ainda em voga, “sangue azul” é um resquício a marcar desigualdades concretas entre nobres e plebeus. Ao estabelecer a necessidade de separação do sangue, o deputado também aciona uma mescla de juízo moral e medo de contaminação, no caso, não apenas pela aids, mas porque receber sangue de homossexuais poderia tornar um indivíduo heterossexual em homossexual por contaminação simbólica. Vale lembrar que tal temor já foi manifestado, muitas vezes, quando brancos receberam sangue doado por negros. Ao situar os homossexuais neste espaço de abjeção, a proposta permite que estes sejam injuriados. Estabelecer que certos sujeitos vão viver “à margem” de modo indefinido, os coloca em situação de intensificar a precariedade da vida, naquilo que Butler vai chamar de “precarity”, em oposição a “precariousness”, termo para definir a condição de vulnerabilidade que é inerente a toda vida humana.

A proposição do deputado se alinha a estratégias que transformam indivíduos em seres perigosos, por atributos de: raça, classe econômica, gênero, sexualidade, pertencimento religioso, local de nascimento, conexão com alguma doença. Desaparece a possibilidade de solidariedade, substituída pela exclusão. O poder disciplinador legitima visões de mundo que autorizam o reconhecimento de certas vidas como viáveis, e de outras que não são vistas como viáveis, devendo ser afastadas, no limite, eliminadas. Lutar contra isso é exercer a solidariedade, retomada, aqui, no sentido de evitar a morte anunciada, aquela que se instala enquanto o sujeito está vivo, mas lhe amesquinha as possibilidades de vida. Exercer a solidariedade, em seu pleno sentido político, é aqui denunciar a ordem política que produz alguns como mais precários do que outros, o que permite aproximar os dois conceitos²⁷:

Quando os corpos se reúnem para expressar sua indignação e decretar a sua existência plural no espaço público, eles também estão fazendo exigências mais amplas. Eles estão exigindo serem reconhecido e valorizados; eles estão exercendo o direito de aparecer e de exercer a liberdade; eles estão chamando para uma vida suportável. Estes valores são suportados por demandas particulares, mas são também a exigência de uma reestruturação mais fundamental da nossa ordem socioeconômica e política. (p. 2)

Analisadas estas situações, cabem considerações finais. Fazer viver com a oferta de medicação, tratamento e exames não é suficiente frente à precariedade da vida. O cuidado da vida vai além do prescrito pela saúde, e ingressa, decididamente, no terreno da política. E a aids segue sendo uma intensa questão política. A medicalização não alcança resolver uma série de questões daí derivadas. Há que se exercitar outros modos de responder à doença, entendida aqui em sua face necessariamente política, sem abrir mão dos avanços farmacêuticos (ver, por exemplo, Paiva et al.²⁸).

Seguir na estratégia de ofertar tratamento e não enfrentar a aids política estabelece duas frentes de ação que não levam ao mesmo objetivo. São dois monólogos que não fazem um diálogo: um faz viver, outro deixa morrer. Um monólogo fala em testar e tratar, outro nega a aids política. Claramente, temos de associar autoestima de populações e indivíduos com possibilidades de prevenção do HIV, e isto implica desenhar futuros possíveis a estas vidas, pois, viabilidade da vida é, também, ver nela um projeto de felicidade. Campanhas de prevenção devem resgatar o erótico, promover acesso aos direitos humanos, construir um mundo de igualdade de oportunidades entre os indivíduos. Não podemos ter campanhas apenas no eixo aids e cuidado em saúde, pelo simples fato de que a aids, como qualquer doença é, sobretudo, um índice da precariedade da vida, e, portanto, um problema político que se resolve com esforços de solidariedade, tal como aqui ela foi abordada.

Campanhas que mostram apenas que tal ou qual grupo deve se prevenir do HIV operam com um conceito essencialista da vulnerabilidade, e reforçam a separação entre o nós e os outros. Não se trata apenas de reconhecer que existe o outro, ele tem de estar vinculado a um projeto político de sociedade em que eu me deixo contaminar por este outro. Grande número de ações em aids perderam esta noção de projeto político, e associamos isso a um dos efeitos do tratamento, que individualiza as abordagens, não necessita e nem deseja lidar com sujeitos coletivos ou movimentos sociais. A medicalização convive muito bem com a individualização: com o indivíduo isolado, que é sempre um *outro*.

O jogo de fazer viver e deixar morrer se expressa de muitos modos. A epidemia explode entre adolescentes, ofertamos exame e tratamento, mas temos muitas restrições para estabelecer debates sobre sexualidade e culturas juvenis. Com o tratamento, as pessoas vivem com HIV e apresentam carga viral indetectável, mas a transmissão é criminalizada. Ofertamos teste e tratamento a usuários de drogas injetáveis, mas recuamos nos programas de redução de danos, e conseguimos ficar na contramão dos países que são nossos vizinhos na criminalização do uso das drogas. A medicalização traz consigo uma ontologia individual liberal, enquanto, em seu início, a resposta brasileira à aids, com sua forte conexão com os direitos humanos e a ênfase na solidariedade, apontava para uma ontologia social que enfatiza: a interdependência dos seres humanos, a importância das comunidades, a importância do espaço público como lugar de respeito à diversidade e negociação das diferenças. A resposta brasileira à aids, em seu início, assumia que a vida é precária, e precária para todos. Quando algumas pessoas vivem com HIV, todos nós estamos vivendo com HIV. Vivemos em um mundo com aids, o que é uma perspectiva política diferente de pensar um mundo com alguns indivíduos portadores do HIV. Mais do que problemas com eventuais gestores, todos eles sempre de passagem, o que temos de apostar é em uma mudança na ontologia da resposta, do individual ao coletivo. Se há uma vulnerabilidade

coletiva, então teremos uma resposta coletiva. E temos de exercer a crítica sobre gestores que se deixam capturar pela estratégia medicalizante promovendo o desperdício da experiência. Não é necessário que assim aconteça, mas, entre nós, o avanço das conquistas médicas, desejável com certeza, está nos fazendo perder experiências políticas, memórias de luta e conexões com direitos humanos e solidariedade. Para que voltemos a nos orgulhar da resposta brasileira à aids, fiquemos com as palavras inspiradoras de Betinho: “Solidariedade, amigos, não se agradece, comemora-se⁽⁹⁾”.

⁽⁹⁾ Informação verbal, Richard Parker.

Colaboradores

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

Referências

1. Berkman A, Garcia J, Muñoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A critical analysis of the brazilian response to HIV/AIDS: lessons learned for controlling and mitigating the epidemic in developing countries. *Am J Public Health*. 2005; 95(7):1162-72.
2. Galvão J. Brazil and access to HIV/Aids drugs: a question of human rights and public health. *Am J Public Health*. 2005; 95(7):1110-6.
3. Teixeira PR, Vitória MA, Barcarolo J. Antiretroviral treatment in resource-poor settings: the Brazilian experience. *AIDS*. 2004; 18 Supl 3:S5-7.
4. Okie S. Fighting HIV: lessons from Brazil. *N Engl J Med*. 2006; 354(19):1977-81.
5. Greco DB, Simão M. Brazilian policy of universal access to aids treatment: sustainability challenges and perspectives. *AIDS*. 2007; 21 Supl 4:S37-S45.
6. Mesquita F, Doneda D, Gandolfi D, Nemes MIB, Andrade T, Bueno R, et al. Brazilian response to the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome epidemic among injection drug users. *Clin Infect Dis*. 2003; 37(5):382-5.
7. Szwarcwald CL, Castilho EA. A epidemia de HIV/Aids no Brasil: três décadas. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(1):4-5.
8. Grangeiro A, Castanheira ER, Nemes MIB. The reemergence of the aids epidemic in Brazil: challenges and perspectives to tackle the disease. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2015 [acesso 2015 Abr 21]; 7-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0038>.
9. Parker R. A cura da aids [Internet]. 2014 [acesso 2015 Abr 30]. Disponível em: <http://abiids.org.br/?p=27249>.

10. Freire P, Freire AMA, Oliveira W. *Pedagogy of solidarity*. California: Left Coast Press; 2014.
11. Rorty R. *Contingência, ironia e solidariedade*. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
12. Sitrin M. *Everyday revolutions: horizontalism & autonomy in Argentina*. London: Zed Books; 2012.
13. Parker R. *Na contramão da aids: sexualidade, intervenção, política*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 2000.
14. Parker R, Terto Júnior V, organizadores. *Solidariedade: a Abia na virada do milênio*. Rio de Janeiro: ABIA; 2001.
15. Seffner F. *O jeito de levar a vida: trajetórias de soropositivos enfrentando a morte anunciada [dissertação]*. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 1995 [acesso 2015 Abr 30]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13878/000261721.pdf?sequence=>
16. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.
17. Daniel H. *Vida antes da morte (life before death)*. Rio de Janeiro: ABIA; 1994.
18. Mann JM, Tarantola DJM. *Aids in the World II: global dimensions, social roots and responses*. New York: Oxford University Press; 1996.
19. Parker R, Daniel H. *Aids: a terceira epidemia*. Rio de Janeiro: Iglu; 1991.
20. Butler J. *Vida precária: el poder del duelo y la violencia*. Buenos Aires: Paidós; 2006.
21. Butler J. *Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do sexo*. In: Louro GL, organizador. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica; 1999. p. 151-66.
22. Santos BS. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. Porto: Afrontamento; 2000.
23. Almeida VO. *A indolência da razão*. *Frag Cult* [Internet]. 2012 [acesso 2014 Abr 30]; 22(3):289-92. Disponível em: <http://seer.ucg.br/index.php/fragmentos/article/viewFile/2397/1480>
24. Resolução RDC/Anvisa n. 153, de 14 de junho de 2004. *Determina o Regulamento Técnico para os procedimentos hemoterápicos*. [Internet]. Brasília (DF); 14 Jun. 2004 [acesso 2015 Maio 2]. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/4bc8428047457945865fd63fbc4c6735/rdc_153.pdf?MOD=AJPERES
25. Portaria MS nº 1.353, de 13 de junho de 2011. *Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos* [internet]. *Diário Oficial da União*. 14 Jun 2011 [acesso 2015 Maio 2]. Disponível em: <http://www.hemominas.mg.gov.br/component/phocadownload/file/58-portaria-do-ministerio-da-saude-n-1353-13-06-2011>
26. Burigato T. *Bolsonaro vai apresentar projeto para separar o sangue doado por homossexuais*. *J Opção* [Internet]; 13 Abr 2013 [acesso 2015 Maio 2]. Disponível em: <http://www.jornalopcao.com.br/posts/ultimas-noticias/bolsonaro-vai-apresentar-projeto-para-separar-o-sangue-doado-por-homossexuais>
27. Butler J. *For and against precarity. tidal occupy theory*. *Occupy Strategy* [Internet]. 2011 [acesso 2015 Maio 2]. Disponível em: https://occupyduniya.files.wordpress.com/2011/12/tidal_occupytheory.pdf
28. Paiva V, Ferguson L, Aggleton P, Mane P, Kelly-Hanku A, Giang LM, et al. *The current state of play of research on the social, political and legal dimensions of HIV*. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2015 [acesso 2015 Abr 21]; 31(3):477-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00172514>

Seffner F, Parker R. El desperdicio de la experiencia y la precariedad de la vida: momento político contemporáneo de la respuesta brasileña al SIDA. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(57):293-304.

Ya reconocido por la calidad de su respuesta al SIDA, podemos asegurar que Brasil actualmente experimenta retrocesos, especialmente en el ámbito de la prevención. En este trabajo se analiza la presente situación con ayuda de dos conceptos: la pérdida de experiencia, análisis inspirado por Boaventura de Souza Santos, y la precariedad de la vida, un concepto que se basa en las ideas de Judith Butler. En línea con estas categorías, retomamos la propuesta de la solidaridad, importante organizador político inicial de la respuesta brasileña al SIDA. Las políticas públicas brasileñas se ocupan de la epidemia del SIDA hoy en la permanente tensión entre hacer vivir (expansión de la oferta de pruebas para el conocimiento del estado del VIH y la provisión universal de medicamentos antirretrovirales) y dejar morir (situaciones que refuerzan el estigma y la discriminación contra las poblaciones vulnerables). Alrededor de este marco es que en este texto se realizan los análisis y se lanzan las provocaciones.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Brasil. Solidaridad. Precariedad. Vulnerabilidad.

Submetido em 16/06/15. Aprovado em 11/07/15.

Organizações Não Governamentais de tuberculose do Rio de Janeiro, Brasil:

motivações e vínculos na primeira década do século XXI

Vivian Albuquerque Abreu dos Santos^(a)

Fabiana Barbosa Assumpção de Souza^(b)

Fátima Teresinha Scarpato Cunha^(c)

Santos VAA, Souza FBA, Cunha FTS. Non-Governmental Organizations for Tuberculosis in Rio de Janeiro, Brazil: reasons and interests in the first decade of century XXI. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):305-12.

This study is a qualitative research carried out with representatives of a Nongovernmental Forum of Tuberculosis (Forum TB) in Rio de Janeiro, Brazil. It is aimed to understand their motivations to affiliate to the Forum. Discourse Analysis was used as a method by the possibilities of understanding the production of meanings. The risk of illness/death by TB won magnitude with co-infection HIV/aids - TB, generating cooperative actions between State and society to address the need of reducing the risks of infection by tuberculosis. The emergence of AIDS epidemic in Brazil between 1980 and 1990, involved segments of the society that are markedly different from those that are nowadays mobilized against TB. There are still tensions about what these groups pretend and what is defended. Further studies are needed to understand the participation of civil society groups against TB.

Keywords: Tuberculosis. Non-Governmental Organizations. Social participation.

Trata-se de pesquisa qualitativa realizada com representantes de Organizações Não Governamentais (Fórum ONGs/TB) no Rio de Janeiro, Brasil, para compreender as motivações desses sujeitos ao se afiliarem ao Fórum. A análise de discurso possibilitou entender que o risco de adoecimento ou morte por TB ganhou magnitude com o evento da coinfeção HIV/aids – TB, gerando ações de cooperação entre Estado e sociedade, referenciando a necessidade de se reduzirem os riscos de infecção por tuberculose. No Brasil, o surgimento da aids entre 1980 e 1990 mobilizou uma parte da sociedade civil organizada diferente da que hoje se mobiliza contra a TB. Atualmente, há tensões de sentido acerca do que deseja o grupo de pessoas afetadas pela tuberculose – os representantes das ONGs – e do que se defende. Portanto, são necessários mais estudos para compreender a participação desses grupos frente à tuberculose.

Palavras-chave: Tuberculose. Organizações Não Governamentais. Participação social.

^(a) Prefeitura Municipal de Quissamã. R. Conde de Araruama, 425, Centro. Quissamã, RJ, Brasil. 28735-000. vivianabreu85@gmail.com

^(b) Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. fab.assumpcao@gmail.com

^(c) Departamento de Enfermagem Saúde Pública, UNIRIO. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. fatima.scarparo@gmail.com

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde¹, o Brasil, Estado de economia emergente, ocupa o 19º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose (TB) no mundo. Em 2010, foram notificados 81.946 casos da doença, o que corresponde a uma taxa de incidência de 46% (46 casos novos por cem mil habitantes)². A taxa de detecção de casos de TB foi de 74%, o que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a referenciar o país como um dos que tiveram as maiores taxas. Situados estes dados na geografia brasileira, em 2010 ocorreram 71 mil casos de TB notificados, e a taxa de incidência foi de 37,9/100.000 habitantes².

À luz do pensamento crítico sobre o influxo social dos anos 1970, se criaram as condições para que vários núcleos de medicina social da América Latina enfocassem a relação entre a ordem social capitalista e a saúde – cenário no qual nos foi possível propor, de maneira direta e pormenorizada, o uso da ideia de *determinação social* da saúde na epidemiologia, categoria que desenvolve uma crítica do paradigma empírico-funcionalista da epidemiologia e propõe uma ferramenta para trabalhar a relação entre a reprodução social e os modos de viver, de adoecer e morrer³.

Os intelectuais latino-americanos do campo progressista da saúde fundaram conceitos que propunham desculpabilizar os sujeitos por seus adoecimentos e colocar a responsabilidade do fato de adoecer na relação da sociedade com o Estado. Os debates multidisciplinares que apareceram no campo da saúde coletiva, nos fizeram compreender como o Estado e os seus modos de produção de bens e reprodução da vida são responsáveis pelo processo saúde-doença. Posteriormente, a evolução do conhecimento científico foi atribuindo, ao indivíduo, a responsabilidade sobre ter ou não saúde. Essa situação é uma marca forte naqueles que adoecem por tuberculose, considerados negligentes com suas vidas e, ainda, disseminadores de um bacilo capaz de adoecer muitas outras pessoas. Entretanto, as parcelas mais vulneráveis da sociedade é que são afetadas pela doença.

Na década de 1980, em cenários sociais conturbados e a fim de garantir condições dignas de vida a grupos excluídos da sociedade, diferentes organizações, movimentos e entidades retomaram a visibilidade que haviam perdido a partir dos problemas decorrentes da urbanização. Esses grupos – que aqui podemos chamar de comunidade – tornaram-se a base de forças sociais organizadas e tiveram seu ápice na metade dos anos de 1980⁴.

Nesse cenário, a luta da sociedade pela redemocratização das relações com o Estado provocou mudanças nos interesses e arranjos dos movimentos sociais, com influências nacional e internacional. Tal quadro originou um campo multifacetado, composto pelas Organizações Não Governamentais (ONGs), universidades, diferentes Fóruns Sociais e poucos movimentos sociais remanescentes. O interesse de segmentos do movimento social pelas condições de vida e saúde das pessoas com TB surgiu de modo mais intenso, nas últimas décadas, por influência do ativismo dos sujeitos afetados pela aids, uma vez que a TB é uma doença oportunista e uma causa de morte associada⁴.

Para entender a discussão, é preciso resgatar as motivações dos participantes desta pesquisa que, por meio de suas identidades políticas e culturais, têm o propósito de estimular a transformação social⁴.

Fundamentando-se na teoria de que “a força política de um grupo é dada pelo projeto político que ele constrói” e que “as forças políticas presentes em dado momento histórico se fazem pela linha programática que o coletivo organizado adota”⁴ (p. 38), o objetivo deste estudo foi analisar a trajetória e compreender as motivações dos sujeitos que representam as ONGs em um Fórum de ONGs TB no estado do Rio de Janeiro.

Metodologia

Este é um estudo com abordagem qualitativa cuja análise foi realizada com aplicação da Análise de Discurso (AD). A questão norteadora foi a trajetória do participante da pesquisa na ONG que ele representava. Apoiamo-nos nas seguintes categorias da AD: o interdiscurso, definido como aquilo que fala antes, em outro lugar; o pré-construído, assumido como próprio do discurso de um sujeito; o intradiscurso, que se refere ao eixo da formulação do(s) sentido(s) do discurso, sendo o que torna

possível que um discurso derive para outro, revelando os deslizos, os lapsos, as contradições; e o esquecimento, situado na instância do inconsciente e que resulta do modo pelo qual somos afetados pela ideologia – na qual temos a ilusão de ser a origem do que dizemos, quando, na realidade, retomamos sentidos preexistentes daquilo que é dito⁵.

Os sujeitos da pesquisa foram sete representantes de Organizações Não Governamentais que frequentavam o Fórum de ONGs TB do Rio de Janeiro no período da coleta de dados – março de 2009 a dezembro de 2010. O Fórum realizava encontros mensais com representantes da sociedade civil do estado do Rio de Janeiro. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada para coleta de dados. Cada entrevistado participou da pesquisa mediante a aceitação e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo-lhe garantido o sigilo e o anonimato.

Com os fundamentos da AD, buscou-se interpretar as condições de produção de sentidos e significantes dos sujeitos entrevistados a partir de lugares e posições por eles ocupados, o que tornou possível compreender as filiações de distintas naturezas dos sujeitos estudados. As condições de produção do discurso também são referentes às relações de poder e de lugar ocupado pelo sujeito do discurso e pelos interlocutores, o que nos leva a acreditar que a força do discurso de um locutor é determinada por sua posição social⁵.

Ao se trabalhar o material descritivo obtido, utilizou-se o *software Atlas.ti 6.0* para criar o banco de dados e codificar trechos das falas dos entrevistados. O trabalho de análise foi realizado do seguinte modo: 1) introduziram-se as sete entrevistas realizadas e transcritas em uma Unidade Hermenêutica (HU); 2) procedeu-se à leitura exaustiva das entrevistas com a codificação de trechos das falas. Os participantes foram decodificados com as letras ONG e números (1, 2, 3...), de forma a garantir seu anonimato, bem como atender à Resolução CNS 196/1996. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética (CEP) da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) em 24/09/2009, em conformidade com a Resolução CNS 466/2012.

Resultados e discussão

As ONGs surgiram com a mesma “mística” dos movimentos sociais, evitando a ingerência política de partidos e sindicatos e, ao mesmo tempo, proclamando sua autonomia em relação ao Estado – embora, na maioria das vezes, dele dependam financeiramente⁶. O financiamento tornava esses grupos responsáveis pela execução de políticas e pela elaboração e desenvolvimento de projetos e propostas de soluções, e de planos e estratégias com o objetivo de obter respostas para a sociedade⁷.

Os atores que representam essas entidades jurídicas que atuam com relação à TB estão agrupados no Fórum de ONGs TB do estado do Rio de Janeiro. Situadas no campo da sociedade, elas trazem diferentes ideias e experiências vividas sobre a forma de conduzir movimentos sociais na busca por respostas e soluções para as demandas e necessidades de sujeitos com TB e de entidades que têm interface com a TB.

O encontro das trajetórias vinculadas à aids com a ameaça à vida trazida pela TB

As distintas trajetórias e experiências dos sujeitos entrevistados revelam que uma linguagem comum e uma ação consensual são movimentos de difícil constituição. Os discursos em torno de quais estratégias devam ser implementadas na luta contra a TB têm origem nas ideias dos protagonistas que participaram ativamente nos movimentos de pessoas afetadas pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) ou portadoras da síndrome da imunodeficiência adquirida (aids). No estado do Rio de Janeiro, o movimento organizado da TB se aproxima do tema tuberculose por meio do movimento social constituído em torno da aids.

A associação de distintos sujeitos – representantes de ONGs, profissionais de saúde, gestores e cidadãos que, de algum modo, se mobilizam com pessoas com TB em torno de um Fórum aberto para contribuições de todos os envolvidos – agregou força sociopolítica e gerou novos valores e cultura política, como afirma GOHN⁴. A questão que se coloca está centrada na compreensão das

características da força política e da nova cultura. Os discursos produziram enunciados que revelam a ênfase na visibilidade desse Fórum como interlocutor significativo na interface direta com os poderes Executivo e Legislativo, vocalizando demandas sociais reprimidas.

Ainda nessa perspectiva teórica, um grupo só pode dar sentido à sua participação em dada ação social se ele decodificar o significado em questão. Os citados representantes das ONGs no Fórum buscam seus próprios referenciais na cultura política acumulada em sua história, em experiências vivenciadas. O resgate dessa memória é desvelado e produz estímulos, e gera respostas, criando processos de identidade – individuais e coletivos, assim como evidenciam estas formações discursivas:

“E ele [o movimento do qual participava] tinha um envolvimento comunitário, tinha um movimento com a luta das mulheres, adolescentes. Depois incorporou a aids, DST/aids, no qual eu comecei a trabalhar com os grupos homossexuais”. (ONG4)

“Bom, esta é uma ONG [...] que trabalha fundamentalmente com as questões de sexualidade, saúde e cidadania. E por conta disso, venho trabalhando há muitos anos na área da aids”. (ONG5)

“Mas essa ONG [...] é uma organização cuja missão institucional era mais ligada em fazer um *liezon* entre a academia e o ativismo em viver com aids. A ideia era pensar aids, era provocar produção sobre o pensamento sobre a aids”. (ONG6)

Por ter surgido a partir da experiência de sujeitos envolvidos com aids, direta ou indiretamente, o Fórum de ONGs TB traz, em sua raiz, o objetivo de vocalizar (dar visibilidade) as necessidades das pessoas com a coinfeção. Isso explica o universo contraditório gerado pelo terceiro setor, aqui representado pelas ONGs. Estas, ao mesmo tempo que reforçam as políticas sociais compensatórias, também atuam nesses espaços associativos exercendo o empoderamento de outros sujeitos em relação a problemas sociais e políticos da realidade⁸.

O marco da aids foi responsável por mudanças significativas em vários setores, além do da saúde, por associar o comportamento sexual dos grupos à doença. Com isso, esses indivíduos passaram a fazer parte do chamado grupo de risco, condição esta tida como concreta, quase que inerente ao seu estado. No entanto, tal classificação de grupos de risco desencadeou uma reação social. Em defesa de seu estilo de vida, aqueles sujeitos em risco de adoecimento, à época, propuseram a introdução de estratégias de redução de risco, como: uso e troca de agulhas e seringas descartáveis e incorporação do uso de preservativos para a prática de “sexo seguro”, entre outras propostas de ação e de conhecimento sobre a aids.

Esta lógica deslocava a ideia de risco associada ao pertencimento identitário de um grupo populacional em direção à identificação dos comportamentos dos indivíduos que, efetivamente, se expunham à doença, constituindo-se, portanto, um novo conceito, o de comportamento de risco. Isso estimulou o envolvimento ativo daqueles que estavam em risco de adquirir o vírus do HIV e adoecer por aids com a prevenção da doença, por meio da busca de mudanças e/ou adaptações dos comportamentos. Na verdade, havia uma linha muito tênue nessa situação, pois chamava pela responsabilidade de cada um, o que potencializava a culpabilização individual do afetado pela não-prevenção contra os riscos. Ou seja: o conceito de comportamento do indivíduo era trazido para o centro da cena e a consequência inevitável é que se atribuía a doença à displicência pessoal e à falha na prevenção. Foi então que o movimento social organizado, com suas experiências, reflexões e militâncias, levantou algumas das mais expressivas vozes ao criticar esse conceito⁹.

Vínculos dos representantes de ONGs com a luta contra a TB

Para alimentar a continuidade da práxis de seus militantes dos movimentos sociais do final do século passado, as lideranças construíram um novo ente e formularam, simultaneamente, concepções sobre as ONGs⁶.

A ambiguidade das organizações conhecidas como “não governamentais” é que, hoje, elas dependem fortemente de financiamento do Estado e/ou de empresas capitalistas. A necessidade por fontes de financiamento leva as ONGs justamente a uma situação de dependência, colocando em contradição sua imagem de “independentes”¹⁰. Para receberem recursos estatais ou empresariais, tal como reza a cartilha da captação de recursos, as ONGs devem se adaptar a condições, interesses e orientações das entidades financiadoras.

Essas organizações aderem a uma responsabilização que se revela no trabalho voluntário e no ato da solidariedade, o que se traduz na transferência de responsabilidade do Estado para a sociedade civil (organizada), ressurgindo o apelo pela filantropia para que a questão social seja enfrentada¹¹.

Nesse sentido, a trajetória dos sujeitos entrevistados mostra que, no primeiro momento, o movimento social que lutava para encontrar respostas frente à gravidade da situação das pessoas com HIV/Aids exerceu forte pressão para que o Estado respondesse à urgência daquela doença, criando estruturas possíveis de enfrentá-la. As seguintes falas representam essa interpretação:

“E aí o que acontece é que as organizações da sociedade civil se organizaram para dar uma resposta que o governo não dava”. (ONG6)

“Aí quando a aids teve um boom de investimentos e ela começa a ter recursos, essa coisa muda completamente e aí as pessoas que trabalham com aids passam a ter prestígio porque aí as pessoas tem investimento pra ir a conferências internacionais, elas têm dinheiro para pesquisa, têm dinheiro para investir, existe investimento maciço, no caso do Brasil, pra pedidos em aids”. (ONG6)

É nesse contexto de surgimento de entidades internacionais e novas fontes de financiamento para enfrentar a epidemia de aids que se organizam as ONGs que, posteriormente, se vincularam à TB. A chamada “profissionalização” tem, assim, fortes vínculos com o elevado desemprego, inclusive, nas camadas mais instruídas da população — ora com cursos de capacitação dirigidos a atores voluntários, ora com sua transformação em braço institucional estatal ou empresarial, seguindo os fundamentos “gerenciais” de “custo/benefício”¹².

Pode-se dizer que, no século XIX, com a ascensão e expansão capitalista, a reação se deu com o movimento operário, com vistas à ampliação do salário direto. Os movimentos sociais do século seguinte voltaram-se muito mais para a defesa do salário indireto, isto é, dos bens e serviços geralmente administrados pelo Estado, cujo provimento compensa aquilo que o salário direto não pode comprar. Por isso, como as carências relativas a esses bens e serviços atingem, indiscriminadamente, outras camadas sociais, inclusive as médias, especialmente nos contextos de recessão e crise, a mobilização e o recrutamento para esses movimentos acabam por tomar um caráter policlassista – desafiando, aparentemente, as teorias marxistas da luta de classes.⁶ (p. 24)

As motivações que levaram esses atores que representam as ONGs a se envolver com o tema da tuberculose percorreram diferentes caminhos. Percebe-se que alguns representantes de ONGs que hoje atuam na TB tiveram experiências em entidades cuja ação prioritária não era a luta contra a TB. Na esteira da forte ação dos movimentos sociais organizados em torno das pessoas vivendo em situações de risco de adoecer por HIV/aids — e, conseqüentemente, do investimento do Estado brasileiro e de entidades internacionais no sentido de controlar a coinfeção —, as ações das ONGs se direcionam para ações de enfrentamento da coinfeção TB-Aids, a exemplo dos seguintes discursos:

“[...] uma coisa vai puxando a outra. Até que, de repente, surge a TB nesse meio de campo. E como eu já sou envolvida com esses movimentos e de certa forma tenho uma passagem por várias dessas associações, não foi difícil passar por essa”. (ONG4)

“Trabalhei com crianças e adolescentes de rua. E, particularmente, com a questão de AIDS, foi um trabalho muito grande. Com homossexuais, travestis, profissionais do sexo, trabalho dentro de presídios. E aí não tem muito como separar as coisas. Acaba agregando outras pautas nas nossas discussões. E agregando outras questões a partir desses anos de trabalho, AIDS, hepatites... e TB teve uma adesão natural”. (ONG5)

“A ONG onde trabalho já atua junto a outros movimentos desde a sua fundação, especialmente com comunidades e fazendo articulação e representação com outros movimentos, redes, fóruns, principalmente e inicialmente na luta contra a aids. A experiência vem dessa linha. Pela luta contra a AIDS e pela promoção da saúde”. (ONG3)

De fato, o que existe “são certas ‘ações’ que expressam [determinadas] funções a partir de [certos] valores. Isto é, as ações desenvolvidas por organizações da sociedade civil, que assumem funções de resposta às demandas sociais (antes de responsabilidade fundamentalmente do Estado)”¹⁰ (p. 189). Traduzindo-se na “desresponsabilização” do Estado, que deixa de cumprir sua função básica de gerar políticas públicas que atendam minimamente as necessidades básicas da população¹¹.

Retomando dados nos documentos oficiais do Ministério da Saúde, pessoas vivem com e morrem em decorrência da tuberculose há muito tempo no Brasil, mas somente no fim do século passado elas se tornaram prioridade na política pública de saúde do Estado. E é exatamente naquele período inicial do governo do Partido dos Trabalhadores — quando ocorre a valorização dos problemas que afligem parcelas significativas da sociedade brasileira, em especial, aquelas mais sofridas — que surge o Movimento Social em TB. Associa-se, àquele momento, o aumento dos casos de coinfeção TB-aids; e os movimentos sociais organizados em torno da luta contra HIV/aids percebem as possibilidades de ações financiadas pelo governo brasileiro e por entidades internacionais dirigidas às pessoas com Tuberculose TB e aids.

Ainda assim, é do lugar dos movimentos organizados do HIV/aids que se fala quando está em pauta a necessidade de agir para deter e/ou reduzir os riscos decorrentes da infecção pelo bacilo da tuberculose. Os participantes da pesquisa simbolizam isto em suas falas:

“E assim se vai essa questão toda. E a gente colocando pontos importantes, colocando essa questão [da tuberculose] pra ver como é que se fazia. E aí a questão sempre apontava que tinha mesmo que concorrer com alguns projetos”. (ONG2)

“A população era muito vulnerável às questões de saúde. Uma incidência alta de AIDS, de DSTs, Tuberculose, de todas as mazelas que você pode imaginar, essa população em si tinha. E o diretor me chamou, uma reunião técnica e pediu que eu elaborasse... e narrou a situação [...], e me disse ‘olha, a gente precisa fazer um projeto, uma intervenção para esse grupo.’ E me narrou a situação. E me falou de tuberculose”. (ONG1)

Alguns discursos revelam as tensões de sentidos ao mostrar um Fórum de TB no Rio de Janeiro forte e até modelo para outras experiências similares; Fórum que, ao mesmo tempo, não revela a fragilidade da população atingida pela doença, fruto da desigualdade social, da concentração de renda e da exclusão. Os valores de solidariedade sistêmica, universalidade e direito de serviços tornam as ONGs mecanismos de facilitação da desresponsabilização pública pelas políticas sociais⁸.

Considerações finais

O marco da memória discursiva dos representantes do Fórum de ONGs TB do Rio de Janeiro foi o surgimento da epidemia de aids no Brasil nas décadas de 80 e 90 do século XX. Os atores envolvidos na causa social pela TB trazem diferentes ideias e experiências vividas sobre a forma de conduzir os movimentos sociais na busca por respostas e soluções para as demandas e necessidades de sujeitos e de entidades vinculadas à doença em questão.

A demanda social em defesa dos afetados e/ou em risco pela TB se deu por interesses próprios de reprodução das organizações não governamentais por meio de projetos sociais financiados e apoiados por organismos nacionais e internacionais cujo mote era a coinfeção TB/aids, capaz de mobilizar sujeitos com vínculos pessoais com esta associação. Portanto, há uma tensão de sentidos em relação ao que se quer defender e o que é defendido, o que coloca em questão a necessidade de haver mais estudos em relação a esses grupos da sociedade civil organizada e sua participação no controle da TB.

Colaboradores

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

Referências

1. World Health Organization. Guidelines for social mobilization: a human rights approach to tuberculosis. Geneva: WHO; 2001.
2. World Health Organization. Global tuberculosis: control, surveillance, planning, financing. Geneva: WHO; 2011.
3. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Publica (Medellín). 2013; 31(1):S13-S27.
4. Gohn MG. O protagonismo da sociedade civil: movimentos sociais, ONGs e redes solidárias. São Paulo: Cortez; 2008.
5. Orlandi E. Análise de discurso: princípios e procedimentos. Campinas: Pontes; 2009.
6. Romão JE. Movimentos sociais, ONGs e Terceiro Setor. Educ Ling. 2010; 13(21):18-34.
7. Pereira AJ, Nichiata LYI. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. Cienc Saude Colet. 2011; 16(7):3249-57.
8. Gohn MG. Sociedade civil no Brasil: movimentos sociais e ONGS. Rev Meta: Aval. 2013; 5(14):238-53.
9. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
10. Montañó C. Terceiro Setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social. 4a ed. São Paulo: Cortez; 2002.
11. Fagundes HS. As repercussões do voluntariado e da solidariedade nas políticas sociais no Brasil. Soc Debate. 2006; 12(1):87-102.
12. Montañó C. Contraponto [Internet]. Rio de Janeiro: UERJ; 2007 [acesso 2014 Fev 23]. Disponível em: http://www.uerj.br/arq_comuns/Contraponto_2007.1.pdf

Santos VAA, Souza FBA, Cunha FTS. Organizações Não Governamentais vinculadas a la tuberculosis en Rio de Janeiro, Brasil: motivaciones y enlaces en la primera década del siglo XXI. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):305-12.

La presente es una investigación cualitativa con representantes de un Foro de Organizaciones No Gubernamentales de Tuberculosis (Foro TB) en Río de Janeiro, Brasil. La misma fue diseñada con el fin de comprender las motivaciones de estos sujetos para afiliarse al Foro. El presente análisis de discurso permitió arribar a la comprensión de que el riesgo de enfermedad / muerte ganó magnitud con la coinfección VIH / SIDA - TB, generando acciones de cooperación entre Estado y sociedad que hacen referencia a la necesidad de reducir los riesgos de infección por tuberculosis. La aparición de la epidemia del SIDA en Brasil entre 1980 y 1990, movilizó parte de la sociedad civil. Este sector es muy diferente de la población que vive hoy con TB. Actualmente, podemos considerar que todavía hay tensiones de sentido acerca de lo que este grupo de personas afectadas por la tuberculosis quieren — y qué es exactamente lo que ellos defienden. Se concluye que son necesarios más estudios para comprender la participación de grupos de la sociedad civil organizada frente la tuberculosis.

Palabras clave: Tuberculosis. Organizaciones No Gubernamentales. Participación social.

Submetido em 11/03/15. Aprovado em 04/09/15.

Projeto terapêutico em Saúde Mental:

práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos^(a)

Maria Salete Bessa Jorge^(b)

Ana Maria Fontenelle Catrib^(c)

Indara Cavalcante Bezerra^(d)

Túlio Batista Franco^(e)

Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Therapeutic design in Mental Health: practices and procedures in dimensions constituents of psychosocial care. Interface (Botucatu). 2016; 20(57):313-23.

The study seeks to understand the psychosocial care, having as analyzer the users therapeutic project. It is a qualitative research, based on the hermeneutics approach. The narratives contextualize a scenario characterized by the epistemological and technical dimensions of the psychosocial care. The therapeutic project loses its wide conception as a dynamic process. Instead it is recognized as a set of fragmented pieces of work due to the specialization. Through the research process, it was observed a movement of reflection of the specialists that had as a starting point the complex environment of the therapeutic projects, opening ways that aim to reformulate the team's actions in an interdisciplinary fashion. The lack of discussions reviewing the centrality of the users and the family in the construction of the therapeutic project was evident in the findings, revealing the weakness of psychosocial care actions in dimensions considering the participation and construction of citizenship.

Keywords: Therapeutic project. Mental Health. Psychosocial attention.

Objetivou-se compreender o cuidado psicossocial, tendo como analisador o projeto terapêutico dos usuários, a partir das narrativas de profissionais dos serviços. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, embasada na Hermenêutica. As narrativas contextualizam um cenário marcado pelas dimensões epistemológica e técnico-assistencial da atenção psicossocial. O projeto terapêutico descaracteriza-se de sua concepção abrangente, de processo dinâmico, para ser concretizado a partir de um trabalho fragmentado pela especialização. A pesquisa provocou um movimento de reflexão dos profissionais, a partir da problematização de projetos terapêuticos, abrindo caminhos para a reformulação das ações da equipe, numa proposta de trabalho da equipe interdisciplinar. Foi evidente a escassez de discussões que considerassem o protagonismo dos usuários e da família na construção do projeto terapêutico, revelando, assim, a fragilidade das ações de cuidado psicossocial nas dimensões que consideram a participação e construção de cidadania.

Palavras-chave: Projeto terapêutico. Saúde Mental. Atenção psicossocial.

^(a) Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual do Ceará (UECE). Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60714.903. mardenia.gomes@uece.br

^(b) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, UECE. Fortaleza, CE, Brasil. maria.salete.jorge@gmail.com

^(c) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. catrib@unifor.br

^(d) Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UECE. Fortaleza, CE, Brasil. indaracavalcante@yahoo.com.br

^(e) Departamento de Planejamento em Saúde, Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil. tuliofranco@gmail.com

Introdução

No plano macroestrutural da Reforma Sanitária Brasileira, as mudanças no modelo assistencial provocaram avanços consideráveis na redefinição de práticas de saúde¹. Foram propostas novas concepções sobre o processo saúde-doença e modos de organização das instituições cuidadoras. Com isso, foi possível dar um salto de qualidade no planejamento de processos terapêuticos.

O campo da saúde mental acompanhou tais transformações, pautando-se na atenção psicossocial e suas dimensões teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural. Nessa perspectiva, as práticas devem produzir a continuidade da vida do usuário, num processo de reconstrução da cidadania, de entendimento, bem como do exercício real dos seus direitos, da possibilidade de vê-los reconhecidos, e a capacidade de praticá-los^{2,3}.

Refletir sobre Projeto Terapêutico (PT) em saúde mental é romper com uma ação normativa, produto da simples aplicação de conhecimentos biológicos sobre a doença, para aproximar-se de um processo social complexo que abrange a reflexão de conceitos fundamentais para o cuidado psicossocial, como, por exemplo, a concepção de saúde e doença, loucura e inserção social. O caráter projetivo do PT se contextualiza nas transformações da ciência e da sociedade, sendo influenciado por aspectos de ordem ideológica, política e ética.

Por sua vez, os saberes e práticas dos profissionais de saúde, o cotidiano dos serviços, a forma como estes se estruturam para o atendimento das demandas dos usuários, as articulações que efetivam com a rede assistencial e social de apoio compõem a dimensão técnico-assistencial da atenção psicossocial. Estas ações são efetivadas a partir do trabalho dos profissionais e estão intimamente relacionadas à dimensão epistemológica, ou seja, “práticas em saúde são práticas sociais que explicitam a operacionalização de concepções mais amplas sobre as coisas”⁴ (p. 27). Refletir sobre o PT, neste aspecto, contribui para a mudança das práticas em saúde.

Nesse sentido, pode-se compreender a dualidade que o termo “projeto terapêutico” impõe quando passa a ser materializado, ou seja, enquanto projeto terapêutico, ele existe como planejamento, programação, instância idealizada mentalmente pelo trabalhador/equipe. Por outro lado, quando o PT é executado, ele perde seu caráter projetivo e passa a ser ‘atos assistenciais’. Por isso, pode-se considerar que um PT representa a possibilidade da efetivação dos atos assistenciais, dependendo da aplicação do trabalho nesta ação. “A articulação entre PT e as práticas de saúde tornam-se evidentes, pois são estas que darão concretude ao planejamento inicial”⁵ (p. 15). Ainda de acordo com o autor, o projeto terapêutico é definido como: “o conjunto de atos assistenciais pensados pelos profissionais de saúde, para resolver determinado problema de saúde”⁵ (p. 15), ou seja, o PT se vincula, inicialmente, a uma perspectiva idealizada no plano da eficácia do processo de produção do cuidado, mas na execução do projeto terapêutico, e por diversos fatores, a exemplo da dificuldade de acesso a certos procedimentos, o projeto terapêutico vai assumindo outras conformações diferentes das quais foi idealizado. Neste sentido, pode-se afirmar que é possível haver um projeto terapêutico ideal, e outro real, o que efetivamente se desenvolve, servindo esta comparação até mesmo para avaliação dos próprios processos de cuidado nas redes de serviços de saúde.

Os projetos terapêuticos acontecem em alta intensidade no plano da micropolítica dos processos de trabalho, pois as práticas de cuidado se envolvem na atividade cotidiana das equipes de saúde, nas suas relações e nas redes de conversas. Acontecem, também, na construção e operação das linhas de cuidado. Este cenário de produção, o “chão de fábrica” do Sistema Único de Saúde, se vincula também à ideia geral de modelo tecnoassistencial. O modelo é definido, de um lado, por questões relacionadas à macropolítica, como, por exemplo, as influências do sistema de normas e regras na regulação dos serviços e dos grupos implicados com a produção do cuidado, trabalhadores nas diversas instâncias do SUS, gestores e usuários. Por outro lado, é definido, também, pelos próprios trabalhadores que estão nos cenários de práticas de cuidado. Isto porque o trabalhador tem um modo singular de significar o que é o cuidado e tudo o que cerca sua prática: os usuários, o trabalho em equipe, o compartilhamento de saberes e fazeres na relação com os outros. Enfim, o modo como ele produz para si a ideia de cuidado define a forma com a qual vai trabalhar efetivamente. Então, se pode dizer que o modelo assistencial se define no plano da prática cotidiana, sob a tensão de um campo de

forças em que vetores da macro e da micropolítica se cruzam, não como contraditórios simplesmente, mas um agenciando o outro neste cenário. Portanto, o modelo assistencial se realiza como resultante deste encontro de forças que equivalem a ideias, interpretações, significações do que é o cuidado em saúde, e seu modo de produção.

A respeito das dimensões jurídico-política e sociocultural, pode-se dizer que estas representam a garantia da participação social e construção de cidadania, a partir da reflexão da sociedade sobre como são excludentes as relações na busca pela normatização, tornando a convivência marcada por rótulos e segregações, necessitando, assim, se discutir possibilidades para inclusão da pessoa com transtorno mental na garantia de seus direitos humanos, direitos dos usuários do SUS, em seus princípios de universalidade, integralidade e equidade. Essas garantias, no entanto, são teóricas e institucionais, pois, para que se efetivem, é necessário que os preceitos de direitos, de inclusão e cidadania façam parte do universo de saberes e da subjetividade dos trabalhadores. A questão que induz tal pensamento está vinculada ao conceito de produção de saúde e trabalho como o centro desse processo.

O processo de trabalho em saúde, como eixo estruturante da produção do cuidado, está centrado no trabalho vivo⁵⁻⁸, ou seja, ele se dá em ato, no exato momento do encontro entre o trabalhador e o usuário. Observa-se que o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade⁵⁻⁸, ou seja, no exato momento em que o trabalhador se encontra como usuário, ele tem o controle deste processo, toma decisões com base na forma como significa o usuário e o cuidado em saúde. Pode-se dizer que o processo de trabalho é autogovernado pelo próprio trabalhador. Sendo assim, as normas político-institucionais que regulam os serviços de saúde têm eficácia, desde que elas “habitem” os próprios trabalhadores. Caso contrário, na liberdade do trabalho vivo, este vai realizar aquilo que considera pertinente, definido pelo seu conhecimento e o mundo de significações que o conectam à ideia geral de produção do cuidado.

Aqui, retrata-se uma dimensão fundamental na produção do cuidado, a subjetividade. De acordo com Franco et al.⁶, há uma produção subjetiva do cuidado, a qual acontece pautada em três dimensões:

A primeira, nomeada, pelo autor, de dimensão do desejo, um conceito que, de acordo com Deleuze e Guattari⁹, representa a energia propulsora que coloca o sujeito em movimento na produção de mundo, no caso, o cuidado à saúde. Para Franco, o agir no campo do cuidado em saúde é impulsionado pela energia desejante dos trabalhadores e usuários; e o desejo se vincula às subjetividades em cada um, portanto, é singular e realiza, no campo das práticas, aquilo que se inscreve como significados em cada encontro do trabalhador com o usuário. Não há um valor a ser atribuído ao desejo, já que ele opera conforme as singularidades. Sendo assim, se há uma subjetividade inscrita no ideário biomédico, o desejo atua produzindo um cuidado centrado neste paradigma. Por outro lado, se esta subjetividade tem seu território fixado nas ideias do acolhimento, a produção do cuidado dar-se-á por estes parâmetros.

A segunda dimensão proposta por Franco et al.⁶ traz a rede como dispositivo de cuidado, porém, é uma rede produzida, em ato, pelos próprios trabalhadores, a qual não tem uma regulação *a priori*, mas acontece no exato momento e no contexto do processo de trabalho. Inspirado em Deleuze e Guattari¹⁰, o autor sugere que esta rede tem as características de uma rede rizomática, ou seja, não tem pontos fixos de entrada e saída, podendo ser qualquer um. Essa rede tem grande capacidade de se regenerar, quando interrompida; faz desvios, caso encontre obstáculos; é múltipla e heterogênea. Cita, como exemplo, um médico ou enfermeira trabalhando na emergência, em que é necessária a remoção de um usuário com grave problema de saúde, e a regulação não consegue responder à emergência. Os próprios trabalhadores formam suas redes por meio de conhecimentos, relações pessoais, inúmeras possibilidades que criam no exato momento e no ato do processo de trabalho. Este é um dado de realidade, e as redes rizomáticas disparam por ação do desejo dos próprios trabalhadores, demonstrando uma conexão das dimensões subjetivas de produção do cuidado.

A terceira dimensão corresponde ao trabalho vivo, que, segundo Franco, atua como uma plataforma por onde as outras duas dimensões transitam, pois é justamente porque o trabalho em saúde acontece em ato, é centrado no trabalho vivo, que as múltiplas possibilidades de cuidado acontecem. Os processos acontecem no plano do trabalho individual ou coletivo.

Associado aos aspectos da micropolítica, citados acima, importa analisar, também, aqueles relacionados ao movimento realizado no âmbito da sociedade, os quais têm o protagonismo das famílias dos usuários, além destes e dos trabalhadores. No contexto social, é essencial a participação da equipe de saúde, do usuário e de sua família num movimento que congregue a rede assistencial e social de apoio para discussão do cuidado psicossocial. Oliveira⁴ analisa as concepções de projeto terapêutico a partir das concepções de Campos¹¹ de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos em situação de vulnerabilidade. Tal processo implica a participação dos atores sociais (usuário/equipe/familiar) na definição de suas escolhas em busca da saúde e, também, na obrigatoriedade de estabelecimento de compromissos com outros sujeitos.

Conforme já citado, autores como Oliveira⁴, Franco⁵ e Merhy¹² têm investido na discussão sobre projeto terapêutico e sua implicação nas transformações das práticas em saúde. A centralidade nos usuários, ao invés do enfoque em técnicas terapêuticas, pode transformar o PT em dispositivo para gerar reflexão sobre as práticas dos profissionais. Este passa a ser entendido como arranjo e dispositivo para produzir inovação, disparando autorreflexão sobre as práticas de saúde e os processos de trabalho dos profissionais, investindo numa coprodução de saúde e de sujeitos autônomos, para transformação do modelo de atenção à saúde.

Cunha¹³ traz a noção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), herança das revoluções da saúde mental, como a experiência de sujeitos em constante construção, capazes de produzir "margens de manobra", ou seja, uma visão capaz de enxergar possibilidades dentre as certezas e os imprevistos no trabalho em saúde, operando com a clínica ampliada. "A clínica ampliada procuraria deixar-se tomar pelas diferenças singulares do Sujeito doente, além de outros recortes teóricos, e produziriam um projeto terapêutico que levasse em conta tal diferença"¹³ (p. 97). Em virtude disso, justifica-se o nome projeto terapêutico singular em substituição a projeto terapêutico individual, pois destaca que o projeto busca a singularidade (a diferença) como elemento central de articulação, o qual pode ser aplicado a indivíduos e coletivos.

Especificamente no campo da saúde mental, destacam-se as produções de Boccardo et al.¹⁴, Fiorati e Saeki¹⁵, Jardim et al.¹⁶, Mororó¹⁷ e Pinto et al.¹⁸. Os autores consideram que os projetos terapêuticos refletem as concepções sobre o cuidado psicossocial, formatadas com base nas ações em saúde, as quais funcionam como estratégia de organização do cuidado. No entanto, este recurso ainda se constitui em elemento novo no universo dos CAPS, que atuam com limites e dificuldades em propor uma prática ampliada, produtora de autonomia e cidadania dos usuários dos serviços, limitando-se à atuação fragmentada e pontual.

Para indicar a relevância, o estudo apoia-se na evidência de Fiorati e Saeki¹⁵ sobre o modo descontextualizado pelo qual as equipes de serviços extra-hospitalares referenciam seus projetos terapêuticos, explicitando dificuldade de compreensão, de execução e construção do PT dentro das próprias equipes. Este, conforme idealizado na concepção da reforma psiquiátrica e atenção psicossocial, descaracteriza-se, dando lugar à aplicação de técnicas terapêuticas fragmentadas pela especialização. Informando, ainda, que o PT é resultado dos agenciamentos provocados pelas diversas lógicas que perpassam os serviços de saúde e definem a ação dos trabalhadores nos cenários de produção do cuidado. Decerto, é na tensão do instituído e instituinte, do biomédico, psicossocial e psicoafetivo, que acontecerão as práticas de saúde, os múltiplos modelos tecnoassistenciais e a produção do cuidado. Desse modo, objetivou-se compreender o cuidado psicossocial, tendo como analisador o projeto terapêutico dos usuários acompanhados nos centros de atenção psicossocial, a partir das narrativas de profissionais dos serviços.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com fundamentação teórico-metodológica na hermenêutica de Paul Ricoeur¹⁹, que descreve o centro da abordagem hermenêutica como a compreensão do texto, procurando entender a multiplicidade de significados, na tentativa de clarear o que é confuso, escondido e fragmentado.

A pesquisa foi realizada em dois centros de atenção psicossocial, um CAPS Geral e um CAPS álcool e drogas, na região metropolitana de Fortaleza-CE, Nordeste do Brasil. A escolha pelo referido cenário deu-se em virtude da sua recente história de reestruturação dos serviços de saúde mental, que, depois de sete anos, propõe-se a analisar avanços e conflitos neste processo, utilizando, como disparador, o projeto terapêutico.

Quanto aos participantes, incluíram-se profissionais das equipes de saúde mental, entre eles: psicólogo, médico, enfermeiro, terapeuta ocupacional, educador físico, farmacêutico e assistente social, totalizando nove sujeitos intencionalmente selecionados, ou seja, foram incluídos na investigação por sua capacidade de fornecer informações completas e detalhadas sobre o tema em foco²⁰. Em geral, os profissionais que atuam nestes serviços possuem idade entre 25 e 35 anos, sendo a maior parte da equipe formada por mulheres. O período de atuação no local de trabalho é descrito entre um e três anos, correspondendo, também, ao tempo de atuação na saúde mental.

As informações foram obtidas por meio da técnica de entrevista semiestruturada. Os profissionais foram entrevistados no próprio serviço, respondendo a perguntas sobre o projeto terapêutico dos usuários dos serviços do CAPS, desdobrando-se em questões como a construção do projeto terapêutico, seus avanços e desafios.

Antes da realização do trabalho de campo, como exigido, o estudo foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), no qual obteve parecer favorável.

Os passos necessários para a análise das narrativas foram adaptados por Geanellos²¹. Assim, considera-se a interpretação como um processo que envolve diversas etapas, entre elas, tem-se: a transcrição das entrevistas em texto, a interpretação superficial, a análise estrutural e a compreensão abrangente do texto. Esse processo interativo é representado em forma de espiral, pois relaciona as partes do texto com o todo, e vice-versa.

Os resultados se confirmam na configuração analítica da compreensão do objeto de estudo, dispostos em narrativas e observações, constituindo o entendimento temático da categoria: Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processo social de atenção psicossocial.

Resultados e discussão

Diante do exposto, apresentam-se aqui as informações obtidas, junto aos profissionais, sobre o cuidado psicossocial, a partir da construção do projeto terapêutico. Este, por sua vez, está relacionado à dimensão técnico-assistencial constituinte da Reforma Psiquiátrica, com ênfase na concepção e organização do serviço dos centros de atenção psicossocial, a partir de um processo complexo, no qual se observam novas experiências, novos atores sociais, novas relações e situações diversas a serem enfrentadas, constituindo um movimento de avanços, conflitos, contradições, consensos e tensões².

Assim, ao serem levados a refletir sobre a construção de projetos terapêuticos, os profissionais descrevem a participação na concepção e início de funcionamento dos serviços. Ou seja, a compreensão está circunscrita na trajetória de formatação do CAPS e planejamento das ações, a partir das diretrizes políticas, fundamentação teórica, da dimensão de suas práticas e saberes e de experiências no campo da saúde mental. “[...] então nós tivemos toda uma preparação para abrir as portas do CAPS [...]” (E1). “[...] a gente teve um preparo, um treinamento, não uma coisa assim muito específica [...]” (E2). “[...] nós fizemos visitas aos outros CAPS [...] vimos desde como aconteciam as avaliações, [...] como é que funcionavam os grupos, [...] nós lemos muito, pegamos todas as diretrizes do Ministério da Saúde pro trabalho em CAPS e fomos construindo em cima disso” (E7).

No entanto, apesar de esse movimento participativo na implantação do serviço ter favorecido a integração da equipe, o estabelecimento de vínculo com o grupo e com a gestão do município, a iniciativa resguardou uma limitação constatada em grandes experiências de reforma psiquiátrica, como a redução da inovação apenas à reestruturação do serviço, uma vez que fica evidente a preponderância de características do modelo biomédico na formatação do “cardápio de ofertas” do CAPS, como: o tecnicismo e a subestimação de aspectos socioculturais. Tal fenômeno deriva,

de um lado, de uma visão cartesiana e reducionista da vida, que segrega o sujeito e impede o seu crescimento, a qual, desta forma, impossibilita as trocas simbólicas que caracterizam o paradigma psiquiátrico²². Por outro lado, revela, também, que a organização do processo de trabalho acontece sob uma razão instrumental, em que há uma prevalência das tecnologias duras e leve-duras (instrumentos e saberes especializados)⁷ em detrimento das tecnologias relacionais. Esse aspecto é essencial, pois significa que, mesmo havendo esforço para a mudança das práticas de cuidado, os trabalhadores não incorporaram o que propõe a reforma psiquiátrica à sua prática cotidiana. Isto dificulta a transformação em novos sujeitos do cuidado, com as práticas referenciadas nas construções psicossociais e afetivas; demonstra quanto o trabalho é algo de controle do próprio trabalhador; e quanto a subjetividade opera no sentido de definir o projeto terapêutico, práticas e modelos técnico-assistenciais.

Nessa construção, foi evidente a fragmentação pela especialização na organização das ações assistenciais, por cada núcleo de saber, dos profissionais que compunham a equipe, entre eles: educador físico, farmacêutico, psicólogo, médico clínico, psiquiatra, assistente social, terapeuta ocupacional e enfermeiro. Nesse contexto, a ação intersubjetiva de construção de projetos, a discussão, a priori, sobre a dimensão singular é substituída pela discussão macro, planos, técnicas de ações e gestão do processo de trabalho, determinadas por meio das esferas do conhecimento especializado de cada profissão^{15,22}. Como ilustra a narrativa do profissional: “[...] nós traçamos, os profissionais, cada um dentro da sua área, propostas de trabalho individual e em grupo [...]” (E4).

Esta dificuldade de ação intersubjetiva decorre da tendência cultural da sociedade ocidental contemporânea, ou seja, a dificuldade de os sujeitos constituírem-se em coletivos para construção de projetos e ações sociais vai além do nível das equipes de saúde, permeando toda a organização social complexa¹⁵. Prevalece, desse modo, a delimitação de práticas por cada área de conhecimento, demonstrada nas narrativas: “[...] atendimento com o enfermeiro para acompanhamento da medicação [...] os assistentes sociais [...] vê as questões sociais, às vezes tem usuários que não tem condições de vir, não tem vale transporte, ela vai atrás de conseguir recursos para os pacientes [...]” (E1). “[...] a partir daí faz o plano terapêutico específico para educação física” (E2). “[...] eu fiz a construção do projeto terapêutico da enfermagem para o CAPS” (E9).

O relato acima revela também quanto o processo de trabalho permanece centrado no núcleo especializado de conhecimento das profissões, pouco poroso às trocas de saberes e fazeres com outros trabalhadores da equipe, e menos disposto, ainda, a um trabalho em redes harmônicas de cuidado. Campos²³ analisa que o trabalho em saúde é orientado por uma relação entre os trabalhadores que operam um núcleo especializado de conhecimento, que pertence a cada profissão, e um campo que seria da competência de todos, como a educação à saúde. Merhy²⁴ propõe, ainda, que estes dois campos estão atrelados a outro campo, o do cuidado, que diz respeito a como o processo de trabalho é desenvolvido e a implicação do trabalhador na relação com o usuário. Portanto, os relatos demonstram um processo de trabalho preso à especialidade de cada profissão e, assim, informa a prevalência do modelo centrado em procedimento e lógicas biomédicas de cuidado.

Esse cenário revela uma postura estática da equipe na reprodução de ações técnicas que neutralizam a possibilidade de negociação, construção coletiva e reformulações que se estabelecem na própria relação, desenvolvendo o projeto terapêutico a partir do trabalho individual de diferentes profissionais de saúde^{15,16}, que no cotidiano “[...] sempre se fala como uma coisa [projeto terapêutico] a ser construída, mas não de uma coisa efetiva [...] com [...] mais atendimentos individualizados, pontuais do que no todo [...]” (E6). O profissional reforça a ideia, ao destacar que “[...] cada uma tem uma abordagem, uma forma diferente de ver o ser humano [...] por conta da própria formação e de ter essa unidade e ao mesmo tempo ter essa parte específica de cada uma” (E6).

Não se observa, nesse contexto, a interlocução de saberes, o olhar ampliado sobre o sujeito e a integralidade das ações, e sim a fragmentação do agir em saúde mental, baseada em ações bem-intencionadas, mas, em geral, disciplinadoras e pouco críticas, caracterizando o cuidado no projeto terapêutico, produzido a partir das várias ações individuais, fragmentadas, e que se unificam por somação^{16,25,26}.

O projeto terapêutico, por sua vez, ganha concretude nos serviços do CAPS num cotidiano em que cada profissional atua numa dimensão específica de saber, revelando: a inexistência da participação do usuário no processo de discussão e articulação com a equipe que cuida, vinculação e corresponsabilização entre equipe/usuário/familiar, apontando para uma clínica tradicional e fragmentada.

Tal evidência provoca uma reflexão sobre a real mudança operada nos serviços de saúde mental que se propõem desinstitucionalizantes e de atenção psicossocial, uma vez que não bastam reformular espaços, abordagens terapêuticas ou ampliação da equipe técnica. Este processo exige a reflexão de saberes e práticas, redirecionamento do foco de assistência da doença para a experiência da pessoa, além da participação popular, promoção de autonomia e construção da cidadania. Questiona-se ainda: Em que medida a mudança na organização dos serviços de saúde mental é capaz de favorecer uma aproximação com a configuração de atenção integral no cuidado à saúde dos indivíduos e coletividades, proposta pelo processo de construção do Sistema Único de Saúde? Quais os consensos e tensões que rompem com a inércia e provocam mudança no cenário em questão?

Sabe-se que a reinvenção do cotidiano dos serviços decorre dos processos de transformações na organização da assistência e no modelo de atenção à saúde predominante no país. Essas mudanças, advindas com os princípios da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica Brasileira sobre o modo de cuidar, influenciam os processos de trabalho na área da saúde e abrem espaço para uma reflexão sobre projetos terapêuticos em saúde mental²⁷. Assim, tornam-se necessárias ações que se aproximem do ideal de integralidade do cuidado, considerando o território, práticas interdisciplinares e defesa da cidadania dos usuários dos serviços, fundamentadas na clínica ampliada.

Desse modo, a ideia da transformação do modelo de atenção à saúde mental não é apenas a mudança de propostas terapêuticas, mas, também, a reformulação de conceitos que caracterizam a dimensão epistemológica da atenção psicossocial. Tais conceitos perpassam a compreensão de clínica que contrapõe a noção reducionista de terapeutização de uma prática social e normatização do sujeito. Fazer clínica, nesse sentido, é ampliar a atuação num contexto criativo, interventivo e reflexivo, indo além das reais necessidades ou possibilidades inscritas no *setting*, provocando ações de rompimento com a inércia e paralisação dos sujeitos²⁸.

Assim, a clínica que deve orientar as ações desenvolvidas pela equipe na construção do projeto terapêutico deve fundamentar-se: na concepção de cuidado, com ênfase nas necessidades dos usuários, na aproximação e protagonismo de interlocutores, na dinâmica do território e numa atitude ética que se pautem no conceito de cidadania, envolvendo o trabalho com o sujeito e seus laços sociais. Essa abertura proporcionada pela clínica na atenção psicossocial favorece a pluralidade de ações e modelos de subjetividade, por meio dos quais os sujeitos pensam, se sentem e estão sempre num movimento de ação e reflexão^{15,26,29}.

Pelos dados produzidos por meio das narrativas dos trabalhadores, observa-se que a clínica praticada, ainda focada no conhecimento especializado e nas lógicas instrumentais, é herdeira do que Foucault³⁰ chama de "clínica do olhar" em "O Nascimento da Clínica", conceito usado por Franco³¹ para discutir a clínica *flexneriana*, centrada no corpo biológico, e, ao mesmo tempo, o autor agrega o conceito de "clínica dos afetos", práticas clínicas centradas no "corpo afetivo", que são negligenciadas quando o processo de trabalho não está centrado nas tecnologias relacionais. Assim, não haveria possibilidade de projetos terapêuticos que tomassem o corpo sensível como objeto. A clínica praticada nos CAPS estudados está presa aos velhos referenciais e é herdeira destes, formando, também, uma subjetividade entre os trabalhadores, a qual opera por lógicas instrumentais, mais do que as que sugerem processos de trabalho acolhedores, com intervenções no campo socioafetivo.

As dimensões epistemológica e técnico-assistencial, nesse contexto, resguardam características que não se limitam a mudanças nos serviços, mas propõem inovação no fazer de profissionais, reconhecendo a importância de novas bases teóricas e práticas dos sujeitos³². Considerando que é a partir da articulação do planejamento dos serviços com as práticas cotidianas que o projeto terapêutico ganhará concretude, reafirma-se a ideia de Franco⁵, na qual essa materialidade será influenciada pela aplicação de trabalho nas ações, participação dos usuários e utilização de novas tecnologias em saúde.

Consoante aos depoimentos, o grupo vivencia tensões que incluem o reconhecimento da limitação de uma ação individualizada e fragmentada, partindo do entendimento da potência da equipe interdisciplinar.

“A gente aqui estava muito solto, então cada um fazia o seu projeto. [...] Esse ano a gente fez uma experiência nova, estamos tentando construir esse projeto, a equipe por completo”. (E8)

“[...] a gente tá tentando trabalhar essa transversalidade e o outro ponto do projeto foi o atendimento interdisciplinar. Hoje, a gente conseguiu implementar momentos para a discussão de casos, pacientes que são atendidos por vários profissionais [...] na tentativa da construção de um cuidado mais amplo [...]”. (E9)

Apesar da discussão de projeto terapêutico transversalizar o processo de reforma psiquiátrica, a exemplo da cidade de Santos, na década de 1990, onde o “tratamento” implementado em tal experiência procurava incorporar a prática da liberdade e da singularização do projeto terapêutico, no cenário atual, este parece ainda se constituir em elemento novo no universo dos centros de atenção psicossocial^{4,16}.

Tal fato pode ser demonstrado pela reflexão da equipe, após a concepção do serviço, sobre a necessidade de romper com esse contexto de fragmentação pela especialização em que, “[...] cada um fazia o seu projeto [...]”. Esta ação reflexiva de pensar projetos terapêuticos que se contrapunham ao modelo hegemônico, voltado à produção de procedimentos, operava a partir da diversidade de ações em um olhar ampliado, em que, a partir de cada unidade de saber, provocasse o encontro de possibilidades, de trocas e de fazeres.

Nesse contexto, o projeto terapêutico funciona como dispositivo capaz de gerar reflexões sobre as práticas profissionais¹², num processo por meio do qual o grupo interroga seu próprio agir, saindo da inércia, provocando uma ruptura com práticas arcaicas e incorporando novos modos de atuação no cuidado em saúde. Um desses novos modos de atuar, pode-se dizer que se constituiria como um desafio: o trabalho em equipe favorece a dinamicidade, diversidade de pessoas e ideias diante de um contexto comum, que seria o cuidado ao usuário, implementado no projeto terapêutico.

O projeto terapêutico, por sua vez, assume a imagem do trabalho em saúde operado pelos profissionais do serviço, ou seja, a atuação em equipe de forma solidária ou de formas diferentes e individuais. Tal fato pode ser justificado pela afirmação de Franco⁶ de que as práticas em saúde são permeadas pela singularidade, entendida como um modo específico de ser e atuar no mundo, o qual revela a atuação dos sujeitos que conduzem os sistemas produtivos em determinados lugares da saúde.

A capacidade de refletir sobre a própria prática, seja individual ou coletiva, possibilita, aos profissionais, o reconhecimento: de suas fragilidades e potencialidades, necessidades e demandas, problemas e possibilidades. Assim, de forma contextualizada, estes podem operar a mudança necessária no cuidado psicossocial, pensando alternativas e ações baseadas em novas tecnologias em saúde, como as relacionais, por meio de atitudes solidárias e acolhedoras, que considerem a singularidade e a corresponsabilização.

A noção de processo, nesse cenário, fica evidente, uma vez que a atenção psicossocial não pressupõe práticas enrijecidas e fechadas num modelo de cuidado, mas, sim, um processo social complexo. Assim, o projeto terapêutico em saúde mental caminha e transforma-se permanentemente, a partir do surgimento de novos elementos, conflitos, contradições e entrelaçamento de dimensões, concretizados nas práticas em saúde mental. Este movimento dialético é relevante, pois provoca constantemente o campo da saúde, na direção de investigar novos caminhos e meios de cuidar das pessoas^{2,16,18,22}.

Nesta pesquisa, emergiu a escassez de discussões que considerassem o protagonismo dos usuários e da família, na construção do projeto terapêutico, numa atitude dialógica, de negociação e corresponsabilização entre equipe/usuário/familiar. Uma vez que os planos terapêuticos seriam para negociação coletiva, e não poderiam ser definidos por um ou outro ator social, mas numa perspectiva coletiva, participativa e de produção de autonomia^{15,18,22}.

Diante desse cenário, observam-se os desafios na operacionalização do cuidado em saúde mental, conforme proposto pela Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial, os quais, por sua vez, consistem em transformações para além da dimensão técnico-assistencial, incluindo as dimensões epistemológica, jurídico-políticas e socioculturais, numa experiência participativa, territorializada, integral e interdisciplinar.

Considerações finais

A transformação do modelo de atenção à saúde mental é um processo social complexo, que exige a participação social, a revisão epistemológica de concepções da assistência psiquiátrica e mudança na subjetividade dos trabalhadores, como forma de consolidar novas práticas de cuidado, associadas aos outros processos de transformação. Nesse contexto, sob a ótica dos profissionais participantes da pesquisa, esse processo é lento e concretiza-se a partir da discussão do projeto terapêutico, associando ações individuais, com foco em técnicas terapêuticas, com práticas centradas no trabalho em equipe multidisciplinar, que promovam a reflexão do profissional sobre seu processo de trabalho.

Os entraves que ora se apresentam para a realização do projeto terapêutico dizem respeito: à transposição da barreira da fragmentação, pela especialização de práticas nos serviços de saúde; à insuficiente participação dos usuários e seus familiares na negociação do projeto terapêutico, e à dificuldade de ampliação das ações para além do CAPS, incluindo, nessa empreitada, a rede assistencial e social de apoio, como a desarticulação com os dispositivos potenciais no território.

O projeto terapêutico assume características de arranjo e dispositivo, à medida que, ao planejá-lo, os profissionais refletem sobre sua prática, num processo de autoanálise. Esta ação sinaliza um modo para potencializar o cuidado quando está contextualizada com as dimensões da atenção psicossocial, assumindo postura crítica que favoreça o reconhecimento e inclusão de protagonistas (e não apenas espectadores) neste processo.

Diante desse cenário, apresenta-se o desafio de garantir a construção de projetos terapêuticos, singulares e coletivos, capazes de promover o cuidado psicossocial e abranger a dimensão afetiva. Salienta-se que este vai além dos cuidados e ações efetivadas nos centros de atenção psicossocial. Projetos terapêuticos comprometidos com as dimensões da atenção psicossocial e com o ideal de integralidade do SUS devem ir além da instituição CAPS, precisam abranger o olhar e estabelecer relações sólidas com a comunidade, com a rede assistencial e social de apoio. Este poderá ser um caminho capaz de lidar com as singularidades dos sujeitos e comprometer-se com a construção do SUS de qualidade.

Colaboradores

MGF Vasconcelos e MSB Jorge participaram na concepção do artigo, elaboração da metodologia, obtenção e análise do material discursivo, redação final do artigo; AMF Catrib, IC Bezerra e TB Franco participaram na elaboração da metodologia e redação final do artigo.

Referências

1. Teixeira CF, Solla JISP. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual. In: Edler FC, Suárez JM, Gerschman S, Lima NT, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Abrasco; 2005. p. 451-79.
2. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
3. Zerbetto SR, Pereira MAO. O trabalho do profissional de nível médio de enfermagem nos novos dispositivos de atenção em saúde mental. Rev Lat Am Enfermagem. 2005; 13(1):112-7.
4. Oliveira GN. O Projeto Terapêutico e a mudança nos modos de produzir saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.
5. Franco TB. O fluxograma e o Projeto Terapêutico em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: Merhy EE, Magalhães Júnior HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 161-98.
6. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-Abrasco; 2006. p. 459-74.
7. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
8. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
9. Deleuze G, Guattari F. O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia. Varela JM, Carrilho MM, tradutores. Lisboa: Assírio & Alvim; 1972.
10. Deleuze G, Guattari F, organizadores. Introdução: rizoma. Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995. p. 10-36.
11. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos, a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000.
12. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
13. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
14. Boccardo ACS, Zane FC, Rodrigues S, Mângia EF. O projeto terapêutico singular como estratégia de organização do cuidado nos serviços de saúde mental. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2011; 22(1):85-92.
15. Fiorati RC, Saeki T. Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos projetos terapêuticos nos serviços. Saude Soc. 2012; 21(3):587-98.
16. Jardim VMR, Cartana MHF, Kantorski LP, Quevedo ALA. Avaliação da política de saúde mental a partir dos Projetos Terapêuticos de Centros de Atenção Psicossocial. Texto Contexto Enferm. 2009; 18(2):241-8.
17. Mororó MEML. Cartografia, desafios e potencialidades na construção de projetos terapêuticos em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
18. Pinto D, Jorge MSB, Pinto AGA, Vasconcelos MGF, Cavalcante CM, Flores AZT, et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. Texto Contexto Enferm. 2011; 20(3):293-302.
19. Ricouer P. Do texto à ação. Porto: Rés Editora; 1989.

20. Martínez-Salgado C. El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(3):613-9.
21. Geanellos R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. *Nurs Inq*. 2000; 7(2):112-9.
22. Pinho LB, Kantorski LP, Wetzel C, Schwartz E, Lange C, Zillmer JGV. Avaliação qualitativa do processo de trabalho em um centro de atenção psicossocial no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 30(4):354-60.
23. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(2):219-30.
24. Merhy EE, Campos CR, Malta, DC. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.
25. Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Cienc Saude Colet*. 1999; 4(2):305-14.
26. Nunes M, Torrenté M, Ottoni V, Moraes Neto V, Santana M. A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):188-96.
27. Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2003; 11(3):333-40.
28. Bezerra Júnior B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*. 2007; 17(2):243-50.
29. Lancetti A, Amarante P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 615-34.
30. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
31. Franco TB, Ramos V, organizadores. *Semiótica, afecção e cuidado em Saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010.
32. Bosi MLM. Inovação em saúde mental sob a ótica de usuários de um movimento comunitário no nordeste do Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(3):643-51.

Vasconcelos MGF, Jorge MSB, Catrib AMF, Bezerra IC, Franco TB. Proyecto terapéutico en Salud Mental: Práctica y procesos en las dimensiones componentes de la atención psicossocial. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):313-23.

En este texto, se objetivó comprender el cuidado psicossocial, teniendo como base para el análisis el proyecto terapéutico de los usuarios. Se trata de una encuesta cualitativa fundamentada en la hermenéutica. Las narrativas contextualizan un escenario marcado por las dimensiones epistemológica y técnico-asistencial de la atención psicossocial. El proyecto terapéutico se aleja aquí de su concepción amplia, de proceso dinámico, para ser concretizado a partir de un trabajo fragmentado por la especialización. El estudio provocó un movimiento de reflexión de los profesionales abriendo caminos para la reformulación de las acciones del equipo, en una propuesta de trabajo en equipo de cuño interdisciplinar. Fue evidente la escasez de discusiones que consideraron el protagonismo de los usuarios y de la familia en la construcción del proyecto terapéutico, revelándose así la fragilidad de las acciones de cuidado psicossocial en las dimensiones que consideran la participación y construcción de la ciudadanía.

Palabras clave: Proyecto terapéutico. Salud Mental. Atención psicossocial.

Submetido em 09/04/15. Aprovado em 13/10/15.

A equipe enquanto lugar de formação:

a educação permanente em um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas*

Daniela Luciana Silva e Silva^(a)
Felícia Knobloch^(b)

Silva e Silva DL, Knobloch F. The team as a place of education: the continuing education in a Psychosocial Attention Center of alcohol and other drugs. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):325-35.

This paper aims to analyze through a critical view the experience of putting in place a process called continuing education for professionals from a Psychosocial Care Center of alcohol and other drugs use (CAPS ad) in the city of Campinas, SP, Brazil. The data were collected through focus groups of workers of that facility and narratives were used for the analysis of the material produced in these meetings.

Keywords: Health education. Mental health. Drug users. CAPS ad.

Este artigo visa analisar criticamente a experiência de implantação de um processo de educação permanente pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) do município de Campinas, SP, Brasil. Os dados obtidos foram coletados por grupos focais com os trabalhadores do referido serviço e a análise do material produzido nestes encontros se utilizou de narrativas.

Palavras-chave: Formação em saúde. Saúde mental. Usuários de drogas. CAPS ad.

* Elaborado com base em "A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente num CAPS ad" (Silva e Silva, 2015), dissertação de Mestrado profissional em Saúde Coletiva, Política e Gestão em Saúde, da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, realizada considerando-se a Resolução 466/12 e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

^(a) Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas Antônio Orlando, Serviço de Saúde Doutor Cândido Ferreira. Rua Armando Mário Tozzi, 470, Jardim Lisa. Campinas, SP, Brasil. 13058-378. dalusillinda@gmail.com

^(b) Departamento de Psicodinâmica, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. R. Monte Alegre, 984, Perdizes. São Paulo, SP, Brasil.

Introdução

Desde a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) até a aprovação da Lei nº 10.216, em 2001, inúmeras transformações das práticas e saberes foram desenvolvidas para garantir, aos usuários dos serviços de saúde mental – incluindo aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas –, o direito universal do acesso à assistência à saúde na sua integralidade. A partir disso, a valorização do território, com a estruturação de serviços próximos ao convívio social dos usuários desses equipamentos configurou-se em uma estrutura assistencial mais adequada às variadas demandas desse segmento da população, como: assistência à saúde, benefícios sociais, esporte, lazer, cultura, moradia, trabalho e educação^{1,2}.

Na área da saúde, construiu-se uma rede de atenção baseada em dispositivos extra-hospitalares, articulada a outros setores da sociedade, com vistas à reabilitação psicossocial e à reinserção social da pessoa com sofrimento mental. Em relação aos usuários de álcool e outras drogas, esses equipamentos criados devem utilizar como referência a lógica ampliada da Redução de Danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que esses sujeitos estão inseridos, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica².

Nessa linha, os Centros de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad) têm por finalidade prestar atendimento à população usuária de substância psicoativa (SPA), em uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas^{3,4}. Todavia, em virtude da característica de heterogeneidade que predomina na dependência de drogas, uma vez que afeta as pessoas de distintas maneiras e por diferentes razões, nos mais diversos contextos e circunstâncias, as necessidades dos usuários, muitas vezes, não correspondem às expectativas dos profissionais de saúde, como, por exemplo, em relação à abstinência, fator que dificulta a adesão ao tratamento, pois esses indivíduos podem não se sentir acolhidos em suas diferenças⁴.

Com essas considerações, investir em uma lógica que busque uma atenção de qualidade, humanizada, que beneficie, sobretudo, o usuário e seus familiares, requer um modelo assistencial embasado em: políticas públicas articuladas, serviços estruturados, e profissionais com formação em direitos humanos, que desenvolvam trabalho multidisciplinar, que se relacionem com outros setores da sociedade e que tenham capacidade de programar atividades culturais, esportivas, artísticas e de geração de renda. Entretanto, abarcar todos esses referenciais, muitos ainda em desenvolvimento para a realidade da maioria dos serviços, tem sido descrito como estressante para os profissionais de saúde mental⁵. Acredita-se que esse tipo de desconforto possa ser minimizado por processos de formação em serviço.

No campo da saúde mental, há portarias que enfatizam a importância da formação de recursos humanos, como a de nº 816, de 30 de abril de 2002, que prevê um programa de capacitação de recursos humanos para os CAPS ad, incluindo a locação de recursos financeiros; e a anterior, de n. 336, de 19 de fevereiro de 2002, que trata, entre outros assuntos, da capacitação para os CAPS. Nas duas, se propõe uma aprendizagem que articule trabalho e ensino, com o envolvimento de todos os atores^{6,7}.

O tema “álcool e outras drogas” indica a necessidade de uma ação ampliada, em que diferentes saberes teórico-técnicos-políticos devem ser constantemente revisados. Portanto, devido à complexidade da clínica ad, a formação dos trabalhadores que atendem a essa população necessita ser, de forma contínua, atrelada ao cotidiano dos serviços, uma vez que o manejo necessário para se ofertar uma atenção adequada aos usuários de SPA extrapola o conhecimento tradicional/acadêmico e engloba conhecimentos que são adquiridos na prática, empiricamente, incluindo a lida com os sentidos e valores dos trabalhadores, que podem comprometer o cuidado.

Dessa forma, debruçar-se sobre esse “saber” complexo de forma coletiva e constante mostra-se um recurso precioso para os trabalhadores dos CAPS ad. Além disso, sabe-se que a atenção à saúde mental pode trazer dificuldades aos profissionais, devido ao contato constante com o sofrimento psíquico e situações complexas de extrema vulnerabilidade social. Isso exige uma postura ético-política desses profissionais a ser sustentada no trabalho em equipe, o que justificaria a existência de espaços coletivos de reflexão. Essa necessidade fica mais evidente na atenção aos usuários de drogas, pela própria

complexidade da clínica; e há desafios a serem enfrentados no cotidiano desses serviços, que exigem esforços para se evitar simplificações reducionistas, que, muitas vezes, ocorrem no manejo dos usuários de SPA.

Cientes dessa magnitude, uma equipe de um CAPS ad é incentivada pela gestão local a se debruçar, regularmente, sobre as possibilidades de cuidados e seus entraves. Para tanto, na reunião geral dessa equipe são organizados momentos nos quais o grupo colabora, ao trazer questões emblemáticas do cotidiano e fazendo colocações livres, como: oferta de referenciais teóricos ou ao indicar estudiosos que possam contribuir com a reflexão dos problemas que permeiam o dia a dia nesse CAPS ad.

Um serviço inaugurado em dezembro de 2011, administrado por uma instituição pioneira em equipamentos substitutivos de base territorial – com uma equipe jovem, muitos em sua primeira experiência profissional, com formações diversas e, muitas vezes, insuficientes diante dessa temática tão densa –, em algum momento, inaugurou um espaço de discussão teórica e clínica, dentro da reunião de equipe, chamado, pelo próprio grupo, de “educação permanente” (EP). Esse momento visa, diante dos desafios do cotidiano, a busca de possíveis caminhos que contribuam para uma assistência que renove as práticas existentes, de forma que alternativas criativas se mostrem mais eficientes na atenção às demandas dos usuários de SPA. A equipe acredita que essa prática ajude a refletir e a rever o processo de trabalho, deixando-os mais satisfeitos com sua atuação profissional e empoderados de suas práxis.

Esse dispositivo se mantém vigente nas mais diversas formas e a experiência dessa modalidade de formação em serviço foi o objeto deste estudo, que se propôs a levantar e analisar elementos para a formação coletiva em serviço de saúde mental, a partir dessa vivência, considerando a concepção dos profissionais envolvidos, ao pontuarem as necessidades, dificuldades, facilidades e estratégias, durante a implantação e curso deste processo. Além disso, pretende-se sugerir subsídios para o aprimoramento desse processo nesse serviço e discutir possibilidades de inserir metodologias ativas de ensino aprendizado, como a problematização, no contexto de um CAPS ad.

Como são poucos os relatos de experiências, relacionados à formação em serviços destinados especificamente à abordagem de SPA, divulgados à comunidade científica, evidencia-se a importância de compartilhar vivências nesse campo. Dentre as diferentes possibilidades de entender a sistematização de uma experiência, considera-se a reflexão constante e a acumulação de conhecimento a partir de intervenções em uma dada realidade social. Trata-se, portanto, de uma reconstrução e reflexão analítica sobre uma experiência vivida, mediante a qual se interpreta o sucedido para melhor compreendê-lo^{8,9}.

Há a aposta de que este estudo possa instigar outras equipes de CAPS ad a fomentarem discussões sobre suas práticas, com base em processos de formação coletiva em serviço^(c).

Material e método

Este estudo qualitativo utilizou-se do grupo focal como técnica de coleta de dados, devido ao fato de esse método trazer, para a roda, de modo participativo, a opinião dos membros da equipe sujeita da pesquisa^{12,13}.

O critério de inserção no estudo foi: ser membro da equipe de um CAPS ad do município de Campinas, SP, incluindo os de forma interina (residentes, por exemplo), e ter participado dos encontros de EP ocorridos durante a reunião

^(c) As portarias n° 198 de 2004 e n° 1996 de 2007, do Ministério da Saúde, instituem a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde^{10,11}. Esta é uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores, e prevê a integração entre as ações de ensino em saúde, agrega a reflexão crítica sobre o trabalho, à resolutividade da clínica e a promoção da saúde¹¹.

geral. Era desejável que o grupo fosse o mais heterogêneo possível em termos de núcleos de formação, e 14 voluntários estavam disponíveis para o momento da coleta de dados, entre eles: uma psiquiatra, a gerente do serviço, três psicólogos, uma terapeuta ocupacional, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, uma assistente social, um redutor de danos, uma farmacêutica e um residente de psiquiatria. O serviço em questão foi escolhido devido ao protagonismo dos trabalhadores no quesito formação pelo trabalho.

Optou-se por fazer dois grupos para o levantamento dos dados, em momentos diferentes. No primeiro encontro, uma moderadora, sem relação anterior com o grupo, com base em um roteiro de questões norteadoras, conduziu o grupo focal, cuja discussão foi gravada e, posteriormente, transcrita e transformada em uma primeira narrativa. Nesta, procurou-se manter a fala dos participantes, deixando emergir o dito coletivo, procurando preservar consensos e discordâncias¹³.

O segundo momento foi um grupo de devolutiva, no qual a mesma moderadora levou a primeira narrativa para os participantes da pesquisa validarem. Nesse encontro, o grupo se reconheceu na primeira narrativa e fez novas considerações, que, por sua vez, também foram gravadas, transcritas e transformadas em uma segunda narrativa. Uma das autoras participou dos grupos como observadora e elaborou as narrativas, que, por sua vez, foram balizadas pela outra autora.

Considerando-se as narrativas construídas a partir dos grupos focal e o de devolutiva e retomando-se o objetivo dessa pesquisa, elegeram-se núcleos argumentativos para análise, cujas principais reflexões estão apresentadas a seguir.

Resultados e discussão

Inicia-se com a constatação da importância do espaço de EP para todos os profissionais, mesmo quando se percebem, entre eles, diferentes concepções em relação a esse dispositivo. Há o reconhecimento do grupo sobre as diversas estratégias para se atingir a formação em serviço¹⁴, tal como é reivindicado e desenvolvido neste CAPS ad.

Ficou evidente a vontade da equipe de se aprimorar naquilo que faz. Há uma disposição interna dos trabalhadores, mas que nada adiantaria se não houvesse o investimento e o empenho da gestão local, que se baseia em um fio condutor, mesmo que organizativo, para propiciar esses momentos, o que diz a favor de um dever de um modelo de gestão favorável à formação coletiva em serviço^{15,16}. Os investimentos em processos de formação em serviço têm a pretensão de causar deslocamentos, incluindo estranhamentos, curiosidades, afetos, experimentações, com, entre e na equipe, o que pode ser entendido como um cuidado com o cuidador, se não gerar ruptura. Contudo, isso é bastante delicado e complexo, pois o cuidado com o trabalhador não se dá apenas pela formação, como apontado pelo grupo. Há a necessidade de outros recursos nesse sentido, para além da responsabilidade e disponibilidade da equipe. Para tanto, é notória a necessidade de certo distanciamento para esse reconhecimento, e o grupo focal pareceu contribuir para esse fim.

Ao longo das discussões, notou-se um paradoxo: por um lado, a iniciativa positiva da equipe em buscar formação, por si só, desde a implantação do serviço, de forma autogestionária, em função dos desafios da clínica ad^{17,18}. Por outro, em alguns momentos, há a expectativa do grupo por uma organização mais formal do processo de ensino-aprendizagem em serviço, como se, nessa formatação, houvesse a possibilidade de se encontrar respostas aos impasses do cotidiano.

Em relação à estruturação do processo de EP nesse equipamento, também se percebe uma valorização da formatação da tarefa, ao apontar a importância dos recursos audiovisuais dos momentos expositivos, mesmo admitindo-se que esses artefatos são insuficientes. Reconhece-se, às vezes, uma burocratização das ações, que, em alguns momentos, podem se referir a fatores de proteção/defesa por parte do grupo. Abordar o sofrimento é muito angustiante, e fazer isso de forma intensa, constantemente, pode desestabilizar o grupo, por isso, a procura de alguma garantia de alívio em atividades mais objetivas e formais.

Não se pode negar a importância da formalização do processo de ensino-aprendizado, mas esse movimento pode encobrir a potência do grupo e sua implicação no processo vivido, com a supervalorização do saber mais tradicional e, conseqüente, desconsideração do saber empírico.

Então, diante dessa realidade e dos demais atravessamentos do cotidiano, como manter “viva” essa forma autônoma e criativa da equipe em relação à busca pela sua própria formação? Como resgatar a condição autodidata da equipe, que acha que não sabe que sabe? Como não se perder sobre a égide da EP, sem ter que ir, necessariamente, para o formal? Nesse sentido, validar o desejo pessoal pela formação acadêmica/tradicional é tão necessário quanto incentivar a busca pelo conhecimento entre os pares. O primeiro não pode anular o espaço do grupo, com sua autonomia na invenção de estratégias de formação, diante das singularidades do serviço. Devem ser complementares e não substitutivos, como uma formatação da proposta de formação ou um tipo de capacitação poderiam causar. Contudo, sabe-se que, mesmo diante dessa constatação do funcionamento do sistema no qual se está inserido, é quase impossível fugir à captura deste, devido à influência de forças hegemônicas presentes, nem sempre conscientes pelo grupo^{19,20}.

A equipe acredita que o processo de educação em serviço está acontecendo quando há uma discussão e é possível absorver uma informação. Ao se elaborar essa informação, tem-se um produto e, assim, há um intercâmbio entre a discussão teórica, o que pode reverberar na prática, tendo um efeito no trabalho em equipe. Então, os profissionais entram de um jeito na discussão e saem de outro, e, nesse processo, há alguma mudança.

Outro ponto de discussão seria sobre a ideia de que a formação traria ao grupo o “comum”, visto que a falta deste comprometeria o cuidado ofertado. Todavia, o que seria o ponto comum na clínica ad? O consenso? Mas será que isso não seria uma alternativa encontrada pelo grupo para reduzir a clínica a algo simples? Porém, a clínica ad é bastante complexa e, portanto, exige um investimento tão elaborado quanto. Além do que, o complexo não tem um, mas vários pontos que o compõem. Talvez, a busca por um “comum” seja a tentativa da equipe de ter uma resposta diante da complexidade da clínica; “um chão” mais concreto, o que é aceitável, desde que provisório²¹.

A busca pelo “comum” pode ser também a busca pela identidade do grupo, o que não significa ser idêntico. A equipe deve se apropriar das várias formas de olhar e de pensar de seus integrantes para compor a condução na complexidade da clínica ad. O discurso pelo “comum”, presente nas falas dos trabalhadores deste CAPS ad, evidencia a procura por uma equipe mais homogênea. Porém, como pode uma equipe homogênea atender uma clientela tão heterogênea como se mostram os usuários de SPA²²? Acredita-se que justamente nessa pluralidade esteja a potência para uma atenção mais eficaz. A busca pelo ponto comum visa à igualdade, mas a equidade, enquanto princípio do SUS, preconiza acolher, na diferença, os diferentes²³.

Além de a equipe se sentir o tempo todo atravessada pelas intercorrências do cotidiano (e é justamente isso o “comum”, o inevitável, na clínica ad), também tem que se haver com as questões institucionais do seu contexto. Como não se sentir tão vulnerável e como proceder para que os então esperados atravessamentos não comprometam tanto a clínica? Poder falar dessas questões em espaços de trabalho pode contribuir para amenizar a angústia dos trabalhadores, que, em certo grau, mobiliza, mas, em demasia, paralisa. A preparação ou a formação de forma contínua dos trabalhadores locados em um CAPS ad precisa ser pautada no planejamento estratégico dessas equipes, transformando a clínica da frustração em uma clínica do possível, capaz de produzir autonomia, cidadania e satisfação pessoal de trabalhadores e gestores^{24,25}.

A equipe considera que está vivenciando a EP quando se debruça sobre algo e sai “alimentada” com uma reflexão sobre a clínica do possível, diante da complexidade do fenômeno do abuso de SPA.

Outra ideia importante a ser discutida é sobre qual tempo/realidade está se tratando na clínica ad. É frequente a afirmação de que as demandas do contexto consomem o tempo dos profissionais. Isso se dá por se tratar de uma clínica de muita intensidade, causando a sensação de absorção. A formação em serviço pode ser um espaço de elaboração subjetiva dos trabalhadores, desde que responda às angústias que emergem da clínica. Contudo, o cotidiano, com seus impasses, sempre se impõe, e não se pode contar o tempo no trabalho com a subjetividade, como é na clínica ad, da mesma ordem com que se cria um objeto em uma linha de produção. O primeiro apresenta diversas variáveis, que não apenas a cronologia.

Outros núcleos profissionais, como terapia ocupacional, psicologia e redução de danos, passaram a se organizar a partir da experiência de EP exclusiva para a enfermagem, com encontros regulares.

O grupo não vê necessidade de demarcar esses espaços, denominando-os como “EPs”. Contudo, consideram que, nem toda reunião de núcleo, sobretudo quando segue uma linha mais organizacional, burocrática, pode ser considerada uma EP.

Em certos momentos, algumas organizações por núcleos profissionais podem ser necessárias para tornar o processo de trabalho operativo, o que não exclui a função da reunião de equipe, entendida como um espaço de elaboração e formação coletiva. Daí a importância de essas serem institucionalizadas, mas sem a instituição de um espaço meramente formal. Essas reuniões precisam ser dinâmicas, reflexivas, formadoras e deliberativas. Porém, a elaboração individual é inerente ao processo de formação e deve respeitar o tempo subjetivo de cada um, que, em uma equipe multidisciplinar, são muitos.

A equipe percebe a dificuldade em se manter uma agenda desses encontros de formação diante de tantos atravessamentos do cotidiano dinâmico. Dessa forma, questionam a consistência do processo de EP, que, para alguns, é sentida pela falta de constância e descontinuidade das discussões, enquanto, para outros, há uma concentração na frequência dos encontros e esta se dá no momento do desespero. Entretanto, não veem problemas nesta concentração, mas acham que falta aprofundamento das discussões.

Há limites nos processos de formação e algumas prerrogativas podem auxiliar mais ou menos nos avanços dessas fronteiras. Uma delas, reconhecida pela equipe, é a garantia de reserva de agendas regulares para se investir em reflexões coletivas, sem desconsiderar a elaboração individual. Já a consistência da contribuição de um processo de formação só pode ser medida – se é que isso é possível – a *posteriori*, o que pode resultar em uma percepção equivocada de fragmentação da formação, se o processo de ensino-aprendizagem for considerado apenas nos espaços legitimados. Está, na capacidade da equipe em negociar suas propostas, a chave para delimitar processos institucionais que não engessem as práticas de formação coletiva; e essa postura mais flexível pode auxiliar em uma melhor compreensão dos fenômenos, dinâmicas, não só relacionadas ao uso de SPA, mas, também, da complexidade do ser humano.

É unânime a percepção de que, nesse tipo de trabalho, é necessário ter a própria saúde mental, pois, quando se lida com as questões das pessoas, de certa maneira também se entra em contato com as suas. Portanto, é revigorante ter esses momentos de reflexão, de extravasamento e acolhida de sentimentos na EP.

Diante de tantos ganhos, contudo, há ponderações importantes apontadas pelo grupo, sobretudo em relação à figura do especialista, que, em alguns momentos, colabora como facilitador da EP.

No jogo que envolve a fronteira entre o dentro e o fora, bem como a definição do papel de cada profissional que colabora com a formação em serviço, um dos fatores relevantes refere-se às contribuições do especialista na Saúde Mental. O especialista, além de carregar o prestígio social e a tradição da hegemonia da especialidade, é o profissional comumente chamado para intervir nas situações mais difíceis, envolvendo-o em um imaginário de potência e colocando-o na condição de não só equacionar as crises, mas de aplacar, por meio de tal delegação, a angústia dos demais profissionais diante dessas.

Desse modo, a posição diferenciada do especialista “estrangeiro” figura como variável que deve ser considerada na busca por uma formação em serviço, sem se desconsiderar a experiência local. Se, de certa forma, a atuação dos especialistas externos deve estar sempre aberta ao diálogo com os profissionais locais, em contrapartida, reconhecer as potências internas nas problematizações que almejam mudanças é o primeiro passo para manejar a assistência de modo a favorecer o cuidado ao usuário de SPA.

Há, portanto, o reconhecimento da importância da presença de um terceiro, externo ao grupo, como mediador, uma vez que este não está tão envolvido e pode jogar luz em certos embaçamentos. Entretanto, esse olhar “estrangeiro” precisa ser acessível a todos os participantes, inclusive, com sua linguagem, para que seu discurso não caia no vazio.

Dessa forma, como subsídios para o aprimoramento do processo de EP neste CAPS ad, pode-se sugerir, por exemplo, em nível local, que os processos de formação que aconteçam nesse espaço, como no caso de estágios, residências e outros, contribuam na formação da equipe como um todo. No

caso da devolutiva dos residentes ao final da residência, conforme relatado pelo grupo, esta pode ser planejada e melhor discutida com a equipe, para que seja uma contribuição efetiva à clínica de forma geral. Acredita-se que, dessa maneira, não só as relações entre os atores fiquem menos fragmentadas e a troca de saberes faça mais sentido para o grupo envolvido, como, também, os próprios estagiários tornem-se mais implicados com o cotidiano da equipe²⁶.

Outra possibilidade seria o fortalecimento nesses espaços de formação para que os trabalhadores possam se empoderar e fazer os enfrentamentos necessários às ações judiciais, que vem crescendo nos últimos tempos diante das pressões da mídia^{27,28}. Também é notória a necessidade de quem trabalha em saúde mental ter o cuidado de não se contaminar com a leitura da realidade e tomar como absoluto aquilo que é da ordem do singular. O chamado “cuidado com os excessos na vida”. Aqui, mais uma vez, um terceiro, como um supervisor clínico institucional, por exemplo, pode contribuir ao apontar sintomas imperceptíveis aos trabalhadores, como a identificação comprometedoras com a clínica.

Acredita-se que é importante, no processo de trabalho, reconhecer o que se aprende com as pessoas das quais se cuida. Ao se compreender melhor o ser humano, pois a vida é convivência, se entendem melhor outras formas de estar no mundo e de criar alternativas de sobrevivência.

No nível institucional, como apontado anteriormente, a instituição na qual esse serviço está inserido é reconhecida por sua vanguarda em ações territoriais, investindo em serviços extra-hospitalares, como: residências terapêuticas, centros de convivência, projetos de geração de renda e CAPS, incluindo os ad. Entretanto, carrega o *status* de hospital psiquiátrico, por também realizar internações e, teoricamente, não integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Essa situação tem sido discutida internamente, e os espaços de EP podem ser utilizados para a reflexão da redução dos leitos psiquiátricos sem gerar desassistência²⁹.

Além disso, pelo exposto, o investimento institucional deve ser no sentido de valorizar as iniciativas locais em processos de formação permanente, garantindo a especificidade do serviço, ao fomentar a autonomia e a participação da equipe na construção de espaços de formação. Para tanto, um alinhamento mínimo se mostra necessário entre equipe, facilitador externo e a instituição, para se definirem competências e prioridades de forma pactuada no grupo, a fim de se evitarem anulamentos ou sobreposições entre essas instâncias.

A partir disso, será possível reconhecer e promover os processos de formação, não só os que ocorrem em espaços legitimados, como arranjos e dispositivos, mas, também, os espontâneos, que ocorrem na informalidade. Dessa forma, todos os encontros na equipe mostram-se recursos potentes de formação em serviço.

Enfatizou-se como a equipe está o tempo todo vivenciando a educação no trabalho e, talvez, por isso, ela seja permanente. Afinal, está permanentemente em aprendizado e não pode fugir disso. Porém, pode-se desviar da proposta da educação permanente quando se faz um trabalho de forma mais burocrática, fazendo o mínimo, sem se envolver tanto. A “fuga” pode se dar também quando não há espaços de encontros para discussão além da EP, como: passagem de plantão, reunião geral de equipe, reunião de equipe de referência. Essas ausências obscurecem os espaços de educação permanente, que sozinhos seriam insuficientes.

Tendo os espaços de elaboração coletiva garantidos, a potência interna do grupo permitirá que os próprios trabalhadores contribuam, ao atuarem como facilitadores nesses processos de reflexão, inclusive, enquanto pesquisadores, dando continuidade às discussões de forma mais longitudinal, uma vez que compõem o grupo.

Em relação a discutir possibilidades de inserir metodologias ativas de ensino-aprendizagem, como a problematização^{14,30}, no contexto de um CAPS ad, conclui-se que garantir espaços de reflexão nas instituições de saúde mental, provocando um desvio no saber tradicional hegemônico, respeitando-se o contexto e as singularidades de cada serviço, mostra-se uma premissa em equipamentos que trabalham com o sofrimento psíquico, especialmente diante da complexidade da clínica ad. Pôr na roda problemas que surgem do cotidiano, revendo práticas e sentimentos depositados, em busca de empoderamento de usuários e trabalhadores, tem dado sustentação ao trabalho.

Esses momentos podem ser de percepção daquilo que reverberou no processo de trabalho, reforçando-se a importância de que esses espaços não se distanciem do contexto do serviço, ao

fazerem a equipe notar a mudança a sua volta, sem se esquecer de que essa percepção é sempre postergada ao processo em si.

Importa também ter a clareza de que formação é diferente de formatação. A formação considera as diferenças, a singularidade de cada membro da equipe, sem protocolá-la, enquanto a formatação não condiz com o trabalho nas subjetividades, devido à sobreposição à potência do grupo e, sobretudo, pela diversidade do fenômeno relacionado ao abuso de SPA.

Diante de várias ofertas, mais ou menos potentes, o meio escolhido pela equipe para se aprimorar naquilo que faz será apenas um recurso, uma possibilidade para se problematizar o cotidiano dos serviços e almejar mudanças nas práticas dos trabalhadores, sem substituir o lugar da gestão. Isso possibilitará a oferta de uma atenção mais próxima da realidade dos usuários de SPA, para que estes se sintam acolhidos em suas demandas.

Independentemente das correntes de formação em serviço adotadas pelo grupo, não se pode perder o foco na clínica do sujeito³¹, para além do uso de SPA. Essa consideração precisa ser constantemente retomada nos espaços de formação em serviço, para que as possibilidades de cuidado com as subjetividades sejam revisitadas ou repactuadas pelas equipes que se propõem a tratar os indivíduos com sofrimento mental, incluindo os usuários de SPA.

Nesse caso específico, essa iniciativa da equipe em buscar, por si, formação coletiva no trabalho, está alinhada com o pioneirismo dos movimentos dos trabalhadores em saúde mental, que militaram em favor da Reforma psiquiátrica brasileira, dando-lhe visibilidade^{3,32}.

A experiência do processo de educação permanente deste CAPS ad mostrou a importância de se valorizarem as iniciativas da equipe, especialmente quando se trata de desenvolver estratégias de formação. Sem sombra de dúvida, é de importância clínica que a equipe, ao levantar questões a partir do cotidiano do serviço, possa buscar reflexões e possíveis saídas para a complexidade da clínica ad.

Considerações finais "Será?"

Frase pixada na parede do CAPS ad em questão por trabalhadora durante dinâmica em reunião geral de equipe é um lembrete precioso na clínica ad: a necessidade constante de se pôr em xeque as convicções pessoais e institucionais.

Pela experiência aqui apresentada, constata-se que a especificidade da clínica exige dos profissionais a permanente revisão de suas práticas para além das políticas, técnicas e teorias. Inclui a análise coletiva de ideias preconcebidas e valores morais, uma vez que estes influenciam diretamente o manejo com os usuários de SPA no cotidiano dos serviços.

Nessa direção, entretanto, não há formação tradicional/acadêmica que sozinha enlace toda essa abrangência. Destaca-se, portanto, a necessidade contínua de se reverem esses conceitos; e a reflexão em equipe multidisciplinar, com seus diversos olhares, mostra-se mais potente para suportar tal ardor.

Sendo o coletivo de trabalhadores dos CAPS ad constituído por diferentes bagagens e referenciais, mergulhado nas mais diversas realidades, o método de formação em serviço adotado pelo grupo não pode ser formatado. Na verdade, precisa ser legitimado pela equipe nos espaços instituídos, pois, por tudo apresentado até aqui, é o investimento local permanente em espaços de formação coletiva dentro das equipes o que realmente importa.

Os fundamentos nas políticas públicas são essenciais para a construção das mudanças necessárias aos modelos de atenção/gestão adotados nos equipamentos de saúde mental, em especial os CAPS ad, no sentido de garantir sustentação teórica³². Porém, o entendimento e as pactuações da equipe de trabalho são os mais importantes, pois são o que dão legitimidade ao processo, que o tornam único e instigante, com possibilidade de fascinar trabalhadores e pesquisadores, como no caso deste estudo. São iniciativas como estas que devem nortear as políticas, e não ao contrário, e as experiências desse tipo devem ser mais divulgadas para contagiar outras. Acredita-se que a publicação para a comunidade científica pode contribuir para que os CAPS ad possam, de fato e de direito, tornar as redes de cuidados mais estruturadas e efetivas³³.

Este estudo possibilitou, portanto, colocar o processo de educação permanente deste CAPS ad em evidência. Permitiu, ainda, que os envolvidos pudessem avaliar o processo de ensino-aprendizado vivenciado e ter um espaço/tempo para se reapropriarem dos diferentes processos de formação presentes em seu serviço. Nesse sentido, esta pesquisa funcionou como uma intervenção institucional, inclusive, reconhecida pelo grupo. Além disso, por meio da retomada dessa história, seu percurso e momento atual, é possível levantar subsídios para aprimorar essa estratégia no CAPS ad em questão, o que, por sua vez, também permitiu ampliar a reflexão sobre a formação coletiva em serviços de saúde mental. Talvez esse processo no qual esta pesquisa se baseou nem precise ser nomeado como EP, uma vez que se revelou inerente ao trabalho de um grupo, que faz autogestão de sua clínica e de seu processo de trabalho, ao incorporar oferta e demanda, transformando, de fato, a equipe enquanto lugar de formação. O significante “permanente” para a equipe, mais do que o conceito teórico em si, mostra, na prática, seu curso autogestionável e zelo pelo singular, ao não cair em modelitos.

Espera-se, mais do que encerrar este trabalho, ter colaborado com essa equipe, que toma para si a direção da sua formação em serviço, buscando a compreensão dos desafios que a clínica ad impõe.

Colaboradores

As autoras trabalharam juntas em todas as etapas de produção deste manuscrito.

Referências

1. Delgado PG. O SUS e a Lei nº 10. 216: Reforma psiquiátrica e inclusão social. In: Loyola C, Macedo P, organizadores. Saúde mental e qualidade de vida. Rio de Janeiro: Edições CUCA/UPUB; 2002. p. 31-9.
2. Ministério da Saúde. Seminário Diretrizes sobre Política de Saúde-Álcool e Drogas. Brasília (DF): MS; 2003.
3. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): MS; 2004.
4. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF): MS; 2004.
5. Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica: consolidação do modelo de atenção intersectorialidade drogas & vulnerabilidade, formação e produção de conhecimento para a Saúde Mental Pública. Relatório de Gestão 2007 - 2010. Brasília (DF): MS; 2011.
6. Portaria nº 816, de 30 de abril de 2002. Prevê um programa de capacitação de recursos humanos para os CAPS ad, incluindo a locação de recursos financeiros. Brasília (DF): MS; 2002.
7. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Trata, entre outros assuntos, da capacitação para os CAPS. Brasília (DF): MS; 2002.

8. Barnechea MM, Gonzalez E, Morgan ML. La producción de conocimiento sem sistematización. In: Ponencia presentada al Seminario Latino americano de Sistematización de Prácticas de Animación Sociocultural y Participación Ciudadana em América Latina;1998; Medellín, Colombia. Medellín; 1998 [acesso 2014 Out 25]. Disponível em: <http://www.fondominkachorlavi.org/concurso2003/docs/PDF>
9. Francke M, Morgan ML. La sistematización: apuesta por la generación de conocimientos a partir de las experiencias de promoción. Material Didáctico 1. Escuela para el Desarrollo. Perú; 1995 [acesso 2015 Dez 23]. Disponível em: www.alboan.org/archivos/343.pdf
10. Portaria nº 198, 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. Brasília (DF): MS; 2004.
11. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): MS; 2007.
12. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas. Brasília (DF): Líber Livro; 2005.
13. Miranda L, Figueiredo MD, Ferrer AL, Onocko- Campos RT. Dos grupos focais aos grupos focais narrativos: uma descoberta no caminho da pesquisa. In: Onocko-Campos RT, Furtado JP, Passos E, Benevides R, organizadores. Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 249-77.
14. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Cienc Saude Colet. 2008; 13(2):2133-44.
15. Figueiredo MD. A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paideia e formação [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2012.
16. Gigante RL. Educação permanente em saúde para gestores: qualificação do cuidado e gestão democrática [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2014.
17. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad Saude Publica. 2009; 25(11):2309-19.
18. Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região. Álcool e outras drogas. São Paulo: CRP-SP; 2012.
19. Motta PR. Desempenho em equipes de saúde. Rio de Janeiro: FGV; 2001.
20. Nicacio F, Campos GWS. Instituições de portas abertas: novas relações usuários-equipes-contextos na atenção em saúde mental de base comunitária/territorial. Rev Ter Ocup Univ. 2005; 16(1):40-6.
21. Oliveira JF, Nascimento ER, Paiva MS. Especificidade de usuários (as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2007; 11(4):694-8.
22. Souza J, Kantorski LP, Gonçalves SE, Mielke F B, Guadalupe DB. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e redução de danos: novas propostas, novos desafios. Rev Enferm UERJ. 2007; 15(2):210-7.
23. Souza RR. O sistema público de saúde brasileiro. Brasília (DF): MS; 2002.
24. Gondim SMG. Perfil profissional e mercado de trabalho: relação com formação acadêmica pela perspectiva de estudantes universitários. Estud Psicol. 2002; 7(2):299-309.

25. Koda M, Fernandes MIA. A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(6):1455-61.
26. Nascimento ML, Coimbra C. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: Geisler ARR, Abrahão AL, Coimbra CMB, organizadores. *Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde* [Internet]. Niterói: EDUFF; 2008. [acesso 2014 Jun 1]. Disponível em: <http://www.infancia-juventude.uerj.br/pdf/livia/analise.pdf>
27. Noto AR, Baptista MC, Faria ST, Nappo AS, Gal-duróz JC, Carlini EA. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos e jornais publicados em revistas. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(1):69-79.
28. Romanini MI, Roso A. Mídia, ideologia e cocaína (crack): produzindo “refugio humano”. *Psicol USF*. 2013; 18(3):373-82.
29. Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo. In: Barros S, Bichaff R, organizadores. São Paulo: Fundap; 2008. p. 123-30.
30. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(3):780-8.
31. Foucault M. *Doença mental e psicologia*. Shalders LR, tradutora. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1975.
32. Mateus MD. Levantamento das políticas e recursos em saúde mental no Brasil [tese]. São Paulo (SP): Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria, Universidade Federal de São Paulo; 2009.
33. Clemente A, Lavrador, MCC, Romanholi AC. Desafios da rede de atenção psicossocial: problematização de uma experiência acerca da implantação de novos dispositivos de álcool e outras drogas na rede de saúde mental da cidade de Vitória-ES. *Polis Psique*. 2013; 3(1):80-99.

Silva e Silva DL, Knobloch F. El equipo como un lugar de formación: la educación permanente en un Centro de Atención Psicosocial referido al alcohol y otras drogas. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):325-35.

Este artículo tiene como objetivo analizar críticamente la experiencia de implementación de un proceso de educación continua para los profesionales de un Centro de Atención Psicosocial referente al alcohol y otras drogas (CAPS ad) en la ciudad de Campinas, San Pablo, Brasil. Los datos fueron recogidos a través de grupos focales con los trabajadores del servicio y para el análisis del material producido en estas reuniones se utilizaron narrativas.

Palabras clave: Educación para la salud. Salud mental. Usuarios de drogas. CAPS ad.

Submetido em 08/03/15. Aprovado em 14/09/15.

Apoio em rede: a Rede HumanizaSUS conectando possibilidades no ciberespaço

Ricardo Rodrigues Teixeira^(a)
 Sabrina Ferigato^(b)
 Dalton Martins Lopes^(c)
 Daniela de Carvalho Matielo^(d)
 Maria Luiza Sardenberg^(e)
 Patrícia Silva^(f)
 Luciane Régio Martins^(g)
 Rejane Guedes Pedroza^(h)

Teixeira RR, Ferigato S, Lopes DM, Matielo DC, Sardenberg ML, Silva P, et al. Network Support: HumanizaSUS Network connecting possibilities in cyberspace. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):337-48.

This paper presents the HUMANIZA SUS Network (Rede HumanizaSUS) as a virtual environment connecting practices and knowledge about SUS (Brazilian National Health System), conveying the support function in a network. Based on the theoretical framework of Collective Intelligence, we present some dimensions of support experienced on Rede HumanizaSUS as a network intervention technology for strengthening the virtual environment of SUS or CiberespaSUS.

Keywords: HumanizaSUS Network. Support. Cyberspace.

Este trabalho é um texto analítico sobre a experiência da Rede HumanizaSUS como espaço virtual de conexão das práticas e saberes do Sistema Brasileiro de Saúde (SUS) e de experimentação da função apoio em rede. Para isso, partindo do referencial teórico da Inteligência Coletiva, apresentaremos algumas dimensões do apoio experimentado na Rede HumanizaSUS como uma tecnologia de intervenção em rede para o fortalecimento dos espaços virtuais do SUS ou do CiberespaSUS.

Palavras-chave: Rede HumanizaSUS. Apoio. Ciberespaço.

^(a) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903. ricarte@usp.br

^(b) Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, SP, Brasil. sabrinaferigato@gmail.com

^(c) Departamento de Gestão da Informação, Faculdade de Informação e Comunicação, Universidade Federal de Goiás. Goiânia, GO, Brasil. dmartins@gmail.com

^(d,e,f,g) Rede Humaniza SUS, Política Nacional de Humanização, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. dacamat@gmail.com; iza.sardenberg@gmail.com; patrinutri@gmail.com; luhumaniza2009@gmail.com

^(h) Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, RN, Brasil. rejanegp@gmail.com

Introdução

Pretendemos, com este texto, apresentar a Rede HumanizaSUS como uma experiência inovadora de *apoio* que tem se produzido no universo da internet, em suas redes sociais, no que temos chamado de territórios virtuais do SUS ou o que, numa paronomásia, temos chamado simplesmente de CiberespaSUS¹

Rede das redes, baseando-se na cooperação 'anarquista' de milhares de centros informatizados no mundo, a Internet tornou-se hoje o símbolo do grande meio heterogêneo e fronteiriço que aqui designamos como *ciberespaço*.² (p. 12)

Antes de entrarmos na discussão sobre o apoio propriamente dito, faz-se necessária uma rápida contextualização sobre o tema no contemporâneo, em que se destacam, pelo menos, dois movimentos: a crescente importância do papel das tecnologias de informação e do trabalho imaterial no campo da produção humana, e a instauração de uma nova ecologia comunicacional, cada vez mais consolidada no mundo contemporâneo – a comunicação em redes virtuais ou no ciberespaço. A conjunção desses processos tem acarretado mudanças significativas no mundo do trabalho como um todo, bem como nas relações entre as pessoas.

Para Lévy², um ciberespaço pode ser considerado uma virtualização da realidade que estabelece uma nova relação com o espaço-tempo a partir de uma ampla gama de possibilidades de interações virtuais que, muitas vezes, partem das mesmas estruturas do mundo 'não virtual', mas sem possuir uma correspondência total com este, já que o mundo virtual engendrará seus códigos e estruturas próprias. Esses espaços virtuais envolvem não apenas a oralidade e a escrita, mas a virtualização de praticamente todos os modos de comunicação humana, produzindo alterações profundas na nossa maneira de pensar, de dar sentido ao mundo, de nos relacionarmos uns com os outros e com o conhecimento. Nesse cenário, os aspectos cognitivos, linguísticos e afetivos passam a ser privilegiados como nunca antes, produzindo novas possibilidades de subjetivação e de socialização³.

No campo da saúde, assim como em outros campos de práticas, a internet e suas redes colaborativas e sociais têm sido dispositivos poderosos para o fortalecimento de nossa potência de ação coletiva. Os recursos computacionais e comunicacionais invadiram não apenas as 'tecnologias duras' da saúde⁴ como também seu campo de relações e de produção de conhecimento: e-mails, prontuários eletrônicos, sistemas informatizados de financiamento e agendamento de vagas, monitoramento e avaliação de programas de saúde, teleconferências, cursos de ensino à distância e comunidades de práticas, são alguns dos exemplos de que a internet, a informatização e suas possibilidades vieram para ficar e ganhar um espaço cada vez mais expressivo no SUS, em especial, com a chegada de novas gerações de profissionais já familiarizados com a vida no ciberespaço.

O CiberespaSUS virtualiza o SUS, modificando-o, potencializando-o. Isso quer dizer que não se trata simplesmente de um 'duplo' virtual que corresponda ou se correlacione com o SUS 'real', mas da introdução de 'suplementos de realidade' ao SUS que, acreditamos, podem trazer enormes contribuições para a qualificação de suas práticas. Aqui, procuraremos examinar, especificamente, como as redes colaborativas e sociais no ciberespaço, ao virtualizarem o apoio à gestão e ao cuidado em saúde, potencializam essa ação, não apenas pelo efeito multiplicador dessas mídias, mas pelas modificações que a virtualização introduz nos modos de se produzir o apoio. Quando se atenta para esses e outros usos que vêm sendo feitos das redes informatizadas, percebemos que ainda não terminamos de definir o que significa, de fato, construir a *rede de saúde*.

Para problematizar essa questão, apresentaremos a experiência de apoio vivenciada na Rede HumanizaSUS, mostrando como uma rede colaborativa e social pode funcionar como um dispositivo para o apoio institucional ou matricial e, em especial, como essa prática se modifica e adquire outros sentidos neste novo 'meio ambiente' cognitivo e comunicacional.

O que é a Rede HumanizaSUS?

Sabemos que, dentre os grandes desafios do SUS, estão aqueles relacionados à insatisfação do usuário com as dificuldades de acesso e de escuta às suas necessidades, e que expressam os limites dos modelos vigentes, denominados como 'modelos de desatenção'⁵, caracterizados por: filas e esperas intermináveis, atendimento pouco acolhedor, outras formas de desrespeito aos direitos dos usuários de serviços de saúde e, mesmo, de direitos humanos fundamentais. É com o intuito de produzir mudanças neste 'modelo de desatenção' que, desde 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e da Gestão do SUS (HumanizaSUS) apoia ações cooperativas, oferecendo dispositivos facilitadores da ativação de coletivos e da ação coletiva, necessários para a produção dessas mudanças⁶. A convergência dessa perspectiva com as potencialidades oferecidas pelas novas tecnologias de informação e comunicação produziu a ideia de que a PNH deveria apoiar a constituição de uma rede colaborativa e social aberta na *web* para a humanização da atenção e da gestão no SUS: a Rede HumanizaSUS (<http://redehumanizasus.net>)⁷.

No ar desde fevereiro de 2008, a Rede HumanizaSUS (RHS) representa a aposta da PNH na constituição de uma inteligência coletiva para apoiar a humanização do SUS e a garantia dos direitos de seus usuários e trabalhadores. A constituição de um ambiente virtual colaborativo em rede abre espaço para que as pessoas possam se comunicar, expressar as insuficiências e potências do SUS, construir coletivamente possíveis alternativas.

A RHS se define como uma rede colaborativa e social das pessoas interessadas e/ou já envolvidas em processos de humanização da gestão e do cuidado no SUS. Objetiva produzir uma ágora, uma praça pública, um espaço que permita: o encontro, a troca, a afetação recíproca, o conhecimento, o afeto, o acolhimento, a arte da composição de uma multiplicidade de visões.

Ainda que o caráter 'intensivo' dessa experiência – a potência efetivamente produzida nas trocas que se dão nesse espaço – seja seu traço mais marcante e significativo, ela também possui um caráter 'extensivo' importante, possibilitado pela revolução nas formas de socialização contemporâneas que se abriram com as redes eletrônicas. Considerando apenas os dados de acesso à plataforma na *web* (isto é, sem considerar todas as comunicações realizadas pela RHS por meio das múltiplas mídias sociais interconectadas), em seis anos e meio de existência, suas páginas foram visitadas cerca de 2,5 milhões de vezes por, praticamente, dois milhões de visitantes individuais e que visualizaram mais de 5,5 milhões de páginas. Atualmente, a rede conta com mais de trinta mil e oitocentos usuários cadastrados, dos quais 1,5 mil possui um blog na RHS, isto é, já publicou, pelo menos, um *post*, dos quase 12 mil *posts* já publicados e que receberam mais de trinta mil, seiscentos e quarenta comentários⁽¹⁾.

O funcionamento dessa imensa "máquina expressiva" depende da articulação de um conjunto de fatores, dentre os quais destacaremos três: o desenvolvimento contínuo da plataforma segundo a lógica do *design* colaborativo, a constituição de um coletivo de editores/cuidadores da rede e o desenvolvimento de estratégias junto a outras redes sociais.

O princípio constitutivo do *design* colaborativo, automoderado e acessível

A Rede HumanizaSUS é uma plataforma colaborativa, desenvolvida com um sistema de gerenciamento de conteúdos (CMS) de código aberto e uso

⁷ Estes últimos dados são atualizados em tempo real neste link, na página da RHS: <http://www.redehumanizasus.net/1580-indicadores-da-rede-humaniza-sus>⁷.

livre (Drupal). O processo de desenvolvimento tecnológico é realizado a partir de uma metodologia de *design* participativo, em que os desenvolvedores e usuários estabelecem prioridades e soluções de maneira conjunta e interativa. Esse CMS foi escolhido exatamente por ter uma alta plasticidade de usos, uma grande quantidade de módulos disponíveis de alta qualidade, apoiada por uma das maiores comunidades globais de desenvolvimento de *software* livre, permitindo uma resposta rápida às demandas da comunidade.

Com recursos simples, a plataforma possui um fluxo claro de funcionamento: qualquer usuário que se cadastre no site pode enviar conteúdos (*posts* e comentários), sem que seja necessária uma aprovação prévia. Os *posts* enviados vão para uma fila de votação, onde permanecem por uma semana ou até que tenham dez votos, quando são promovidos para a página principal. A comunidade de usuários votantes é formada por aqueles cujos *posts* já foram promovidos para a primeira página.

Além dessa funcionalidade central, a plataforma também disponibiliza espaço para comunidades temáticas (por exemplo, Saúde Indígena), onde subgrupos de usuários podem estabelecer trocas mais reservadas, voltadas para temas específicos. Essas e outras funcionalidades são definidas juntamente à comunidade de usuários por meio de discussões moderadas por um grupo de editores em uma lista de e-mails. Essa lista foi lançada em 2008 junto com a plataforma na *web*, contando, inicialmente, com cerca de sessenta membros: os consultores e apoiadores da PNH que constituíram a comunidade 'original' da RHS. Hoje, essa lista conta com mais de quinhentos membros, e constitui o coletivo que dá apoio ao desenvolvimento colaborativo da plataforma. Nesse sentido, não há dicotomia entre a ferramenta tecnológica e seu uso, já que os usuários finais participam o tempo todo da sua confecção.

Para o desenvolvimento eficaz de um projeto de fortalecimento do SUS em rede virtual, que tem como um dos objetivos incluir gestores, usuários e trabalhadores do SUS, pensar estrategicamente a arquitetura desse espaço é fundamental. Como já nos ensina a PNH em relação aos espaços físicos do SUS, há uma preocupação central com a 'ambiência' nesse espaço virtual e com sua 'acessibilidade'.

O *design* colaborativo foi a forma escolhida para se produzir a ambiência desse espaço; o que quer dizer que, desde a concepção da rede, suas funcionalidades, seus fluxos de informação, as ferramentas tecnológicas que utilizamos e seus modos de funcionamento, todos esses elementos precisaram ser pensados junto das pessoas que habitariam esse espaço. Esse pensar junto foi construído de maneira a evitar a cisão típica que existe em projetos que envolvem tecnologia, em que a equipe técnica termina por operar como sendo integrada por especialistas da tecnologia de desenvolvimento, e em que os participantes são tidos como usuários idealizados para que o sistema seja projetado pelos especialistas de modo a garantir recursos de usabilidade que atendam a suas supostas expectativas.

De fato, a rede seria desenhada e utilizada no contexto de uma Política que possuía, implícitas, b b 8 uma cultura e uma história, que poderiam facilitar as maneiras de se relacionar num novo espaço mediado pela tecnologia.

Entender esses elementos, os conhecimentos prévios de tecnologia do grupo inicial de participantes e, sobretudo, colocar em discussão quais recursos e quais formas de interação fariam sentido para eles, fez parte do processo inicial de desenho da rede e de apropriação de sua tecnologia.

A RHS foi construída, portanto, com um mínimo de recursos técnicos, que deveriam atender, sobretudo, a necessidade de se instaurar um novo tipo de espaço público para uma política de humanização, ou seja, um espaço onde a política (manifestada por qualquer pessoa que tivesse algum interesse nesse debate) seria: que cada usuário individual ou coletivo pudesse compartilhar práticas, experiências, construir sua própria narrativa daquilo que vive, e possa se manifestar e interagir nas narrativas que lhe afetem.

Para isso, foi desenvolvida a estrutura de um blog, ferramenta comumente utilizada por uma porcentagem significativa dos brasileiros; um blog que preza pela simplificação da ferramenta, para torná-la a mais intuitiva e acessível possível, constituindo-a a partir de sua usabilidade e das necessidades/possibilidades identificadas por seus usuários, de acordo com as referências do *design* colaborativo⁸.

É importante salientar que, embora a RHS se constitua como um grande blog da humanização do SUS, cada novo usuário que se cadastra e publica na rede tem ali um blog pessoal, onde são descritos dados pessoais básicos, caso o usuário queira fornecê-los, e um conjunto de todas as publicações desse

mesmo usuário. Essa característica contribui para a dimensão colaborativa do site e, ao mesmo tempo, garante que cada autor/usuário tenha sua autoria e singularidade preservada. Cada um desses blogs tem um suporte coletivo, na medida em que são acolhidos e interagem na ágora virtual. Isso é muito diferente de se criar um blog sobre determinado tema e alimentar um conteúdo de forma isolada, como acontece na maioria dos blogs em rede virtual.

Outro recurso fundamental criado nessa etapa de *design* colaborativo foi a possibilidade de os participantes da rede votarem em publicações (nas postagens dos diferentes usuários), e as mais votadas serem exibidas na página principal do site. A ideia dessa 'fila de moderação' foi criar um *filtro de relevância colaborativo*, ou seja, uma maneira de os participantes da rede dizerem o que lhes é de fato relevante, o que merece ser promovido a um espaço privilegiado de visibilidade e, dessa maneira, darem um aval simbólico aos conteúdos considerados fundamentais.

Logo, esses dois recursos principais, o blog coletivo e a fila de moderação, caracterizam, de maneira sucinta, os recursos pensados e construídos para colocar em movimento a Rede HumanizaSUS. A simplicidade e a facilidade de uso foram preocupações que se mostraram relevantes na forma de projetar a rede e na maneira como esses recursos foram apropriados por seus participantes.

A constituição de um coletivo de editores/cuidadores/mediadores/curadores da rede

É importante destacar que a plataforma informatizada não esgota a descrição da 'solução tecnológica' desenvolvida. Ela também compreende o desenvolvimento de processos de trabalho, que desempenham funções: editoriais, cuidadoras, mediadoras e curatoriais, que são partes indispensáveis da solução (e ecoam outras especificações da função apoio no espaço virtual). Ou seja, não se trata de uma solução apenas 'tecnológica', mas de uma 'solução sociotécnica'. Chamamos de solução sociotécnica a dupla composição inseparável que constitui esse tipo de dispositivo: a máquina e os humanos, o *software* e os processos de trabalho.

Nessa direção, todo desenvolvimento tecnológico dessa rede sempre foi pensado, avaliado, construído e reconstruído a partir da experimentação privilegiada de uma espécie de 'vanguarda' dos usuários da RHS, composta por profissionais de saúde e jornalistas, que acabariam por constituir o grupo dos editores/cuidadores da rede.

O cotidiano do trabalho de ativar uma rede colaborativa social em saúde trazia, para a dimensão virtual, aspectos do funcionamento das redes de saúde 'não virtuais', que pediam arranjos e dispositivos tecnológicos específicos, no sentido de qualificar a potência das trocas, as redes afetivas, a qualidade e a pertinência comunicacional para um público específico, ao mesmo tempo plural e heterogêneo, mas com a marca comum de habitar o SUS e, agora, também o CiberespaSUS. Assim, nesse novo ambiente, passou a operar o trabalho intensivo de alguns usuários da RHS, que tomaram para si o cuidado com a rede, seu fortalecimento e sua viabilização.

No início, esse era um grupo voluntário, constituído por trabalhadores do SUS que exerciam uma função ativa de cuidado com a rede e com seus usuários, denominado, num primeiro momento, como grupo de editores, por oferecerem, sobretudo, apoio no uso das ferramentas de edição do blog e acolhimento dos usuários; em seguida, como grupo de editores/cuidadores, por exercerem a diretriz do acolhimento no ciberespaço e cuidarem do cotidiano da rede sob todos os seus aspectos. Com o crescimento da rede, esse coletivo foi colecionando novas funções e ampliando seu espectro de ação, se transformando no que, hoje, chamamos de um coletivo de editores/cuidadores/mediadores/curadores da RHS, cuja designação indica, a rigor, a diferenciação específica sofrida pela função apoio em ambientes virtuais, ou seja, indica como essa função se desdobrou em outras funções no ciberespaço.

Com o crescimento da rede, esse coletivo se profissionalizou e foi incorporado oficialmente como um elemento indispensável para que a RHS se transformasse no que ela é hoje. O grupo que, atualmente, garante o funcionamento do conjunto desse agenciamento sociotécnico, é constituído por uma equipe transdisciplinar, composta por: três psicólogos, um nutricionista, um terapeuta ocupacional, uma enfermeira e um assistente social, um biólogo, um cientista da computação e um jornalista, além de um médico sanitário e um grupo de profissionais que são os desenvolvedores e programadores da plataforma informatizada da RHS.

Identificamos, nos arranjos e processos de trabalho desse coletivo, um modo inédito de se pensar e fazer o *apoio em rede*, que procuraremos descrever em maiores detalhes mais adiante, e que, ainda assim, representa apenas uma “primeira camada” em nossa aproximação desse tema.

A comunicação e parceria com outras redes sociais

Com o crescimento e o uso intensivo das mídias sociais por homens e mulheres em todo o planeta, fez-se necessário o ‘acoplamento’ da RHS com as redes sociais de grande alcance, como o Facebook e o Twitter. A criação de um perfil (@RedeHumanizaSUS) e de uma fanpage (<https://www.facebook.com/RedeHumanizasus>) amplificou bastante a visibilidade das produções realizadas na plataforma da RHS, ao mesmo tempo em que acelerou a atração de novos usuários e ‘curtidoreis’. Identificamos, aí, uma função importante de ampliação e diversificação do perfil de visualizadores e participantes da rede, que, se antes era um público mais restrito a trabalhadores e gestores do SUS, passou a ser um público mais heterogêneo, acessado, também, pela ‘rede de amigos’ e ‘de amigos dos amigos’ dos nossos usuários habituais. Esse movimento cria, sem ser seu objetivo primeiro, uma mídia ‘alternativa’ para ‘dizer sobre o SUS’ conteúdos muito diferentes do que, costumeiramente, se vê e se escuta na mídia comercial. Passamos a dar maior visibilidade a um ‘SUS que dá certo’ ou, no mínimo, a um SUS que, em seus êxitos e insuficiências, se mostra e se pensa publicamente. E, o que é ainda mais importante, multiplicam-se as possibilidades de agenciamentos de apoio em rede.

Outro movimento importante é a criação de parcerias com outras experiências colaborativas relacionadas ao SUS, que vêm sendo desenvolvidas mais recentemente, como, por exemplo, a Comunidade de Práticas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (<http://atencaobasica.org.br/>). Assim como a RHS, trata-se de uma experiência de uso das redes virtuais como uma ferramenta para a potencialização dos processos de gestão e cuidado em saúde.

Essas integrações/parcerias da RHS com outras redes sociais – sejam as de grande alcance, sejam as que fornecem as bases de um CiberespaSUS – põem em relevo uma ‘segunda camada’ em nossa aproximação do apoio em rede, que vai além do apoio exercido por um grupo específico de editores e facilitadores de uma plataforma, e que é aquele apoio, ainda mais ilimitadamente potente, que se dá de modo generalizado nas redes abertas, onde uns demandam apoio conforme suas necessidades e outros oferecem apoio conforme suas possibilidades e competências.

O apoio como dispositivo na RHS

Para autores como Campos⁹ e Oliveira¹⁰, importantes referências para o tema, o apoio inscreve-se entre as estratégias para a implementação de novos arranjos, que produzam outra cultura e outras linhas de subjetivação que não aquelas centradas, sobretudo, no corporativismo e na alienação do trabalhador do resultado de seu trabalho, que levem à invenção de outra cultura organizacional que estimule o compromisso das equipes com a produção de saúde, permitindo-lhes, ao mesmo tempo, sua própria realização pessoal e profissional.

Essas referências, certamente, nos ajudam a pensar nas práticas de apoio que acontecem na RHS e que se alinham com a produção atual do apoio institucional no SUS. No entanto, daremos destaque, também, aos modos inventivos de se realizar apoio em rede, um apoio radicalmente transversal, que produz ações inéditas nas práticas de apoio institucional em saúde no Brasil, um apoio que, como dissemos, aposta na constituição de coletivos inteligentes.

O conceito de *inteligência coletiva* foi proposto por Lévy² a partir da intercessão de diferentes campos do saber, como: a Biologia¹¹, as Ciências Cognitivas^{12,13}, as Ciências Humanas e Sociais¹⁴⁻¹⁷ e, sobretudo, a Filosofia¹⁸⁻²¹. Este novo campo transdisciplinar está centrado no estudo da potência de ação coletiva de grupos sociais, tendo como premissa que esta potência depende, fundamentalmente, da capacidade de interação de indivíduos e de grupos, pondo-se em relação para produzirem, trocarem e utilizarem conhecimentos²².

Parte-se da premissa de que a inteligência é sempre o fato de um coletivo: coletivo de ideias, pensamentos, módulos cognitivos, neurônios, células, organismos, pessoas, espécies etc... De acordo

com Lévy²³, nossos preconceitos culturais nos tornam propensos a imaginar que a inteligência seria a propriedade de indivíduos, por isso, ele acrescenta o adjetivo 'coletivo', mesmo que seja, a rigor, uma redundância.

Em termos cognitivos, a inteligência coletiva se traduz por uma capacidade de aprendizagem autônoma e, em termos históricos, por um processo de evolução que se constitui como uma potência de autocriação, aspectos que também se expressam na micropolítica dos processos de trabalho na rede de saúde. No entanto esse caráter não está dado *a priori*; é colocado como possibilidade e depende dos sujeitos que operam a rede e suas singularidades.

Para Costa²⁴, a inteligência coletiva opera ativamente na dimensão da micropolítica do trabalho em saúde, na medida em que ela potencializa uma percepção que emerge em cada indivíduo quando este se dá conta de que, em suas ações de trabalho, existe interdependência em relação às ações de outros indivíduos. Fomentar e ativar esse caráter autocriador e fortalecer essa rede de relações é uma das múltiplas ofertas potenciais da RHS para os usuários, gestores e trabalhadores do SUS.

Mas de que modo essa questão da inteligência coletiva se relaciona com o apoio em saúde?

De acordo com Barros et al.²⁵, o apoio institucional é um dispositivo de intervenção que propõe um modo de fazer as mudanças necessárias para que o SUS se afirme como política efetivamente pública, ampliando a capacidade de análise e de gestão democrática das unidades e de equipes de saúde (com tudo o que isso representa em termos de aumento da potência de ação coletiva dos que fazem o SUS). Em consonância com essa definição, a RHS tem operado como um instrumento relevante na promoção do exercício político público no âmbito do SUS, em rede aberta e transparente, a partir da produção de encontros e trocas em um território inclusivo, rompendo barreiras geográficas e dando passagem para um apoio com muitos sotaques, oriundos de diferentes paisagens culturais e subjetivas²⁶.

Todos os conteúdos da rede são públicos e estão disponíveis para qualquer usuário da *web*. Por outro lado, qualquer cidadão cadastrado na rede pode postar conteúdos, alimentando um acervo coletivamente construído e continuamente ampliado. Este movimento, além de ampliar a capacidade de análise dos sujeitos que acessam os *posts*, também amplia a capacidade de se posicionarem publicamente sobre uma análise construída, gerando confrontos e composições com outras análises possíveis e que habitam democraticamente esse território virtual.

Para pensar o apoio nesse território virtual, parece-nos particularmente útil um modo de pensar o apoio que o afigure menos como método ou ferramenta, e mais como 'função' (em particular, pelo seu potencial de 'molecularizar' a noção de apoio, escapando de um registro mais 'molar', enquanto método ou ferramenta):

O apoio, tomado como uma função implica em uma tarefa clínica-crítica-política, inscrita em arranjos concretos que põem em relação sujeitos com diferentes desejos e interesses, com a missão de ativar objetos de investimento mais coletivos e de apoiar esses sujeitos na ampliação de sua capacidade de problematização, de invenção de problemas, de interferência com outros sujeitos e de transformação do mundo e de si.²⁷ (p. 13)

Perfeita definição do apoio que vemos se dar na RHS! Apoio que se desdobra ('moleculariza'), na verdade, numa multiplicidade de 'funções apoio'. Nessa direção, debruçemo-nos sobre as diferentes formas como essa 'função apoio' vem se dando na RHS e em suas conexões.

Funções apoio na RHS: apoio.com

A primeira função apoio identificada é a de apoio no uso das ferramentas da plataforma. Esse apoio inclui as ações dos *editores*, que fazem com que os usuários possam ampliar sua capacidade de trânsito e de uso autônomo das possibilidades de comunicação disponíveis na rede (editoração, publicação, inclusão de imagens, vídeos etc.). Por um lado, trata-se de certo tipo de 'apoio matricial' no uso das ferramentas digitais, por outro, de uma ação efetiva de inclusão digital.

Uma segunda função apoio identificada é o *apoio afetivo*. Esse apoio é imediatamente reconhecido no acolhimento de novos usuários ou de novas publicações, realizado, especialmente, pelos *editores*/

cuidadores, mas, também, por outros participantes da rede. Aqui já estamos diante de uma função apoio que é marcadamente exercida pelos editores/cuidadores, mas não só: identificamos essa função bastante distribuída entre os participantes mais ativos da RHS, constituindo uma espécie de *ethos* comunitário, esse exercício cotidiano de acolhimento de novos usuários, novos *posts*, novas proposições, novas ideias.

A terceira função que podemos elencar é o *apoio na mediação de encontros*, onde editores/cuidadores/mediadores realizam a função de mediação entre diferentes usuários, colocando, em conexão, diferentes *posts* de experiências similares, acionando comentadores estratégicos, mediando relações e redes de conhecimentos e afetos, que podem ser potencializadas a partir de intervenções no espaço de um *post*.

Há, também, uma quarta função, exercida, privilegiadamente, pelo coletivo de editores/cuidadores/mediadores/curadores da rede, que é o *apoio enquanto curadoria* (diferentes tipos de curadoria dos mais diferentes tipos de conteúdos, por meio das mais variadas estratégias). Curar pode significar promover a expansão da força expressiva de um determinado conteúdo, pode significar atuar na produção de relevância para determinados conteúdos. Isso pode se dar na escolha dos *posts* que são diariamente colocados em destaque no topo da página principal ou daqueles que são compartilhados no twitter ou na fanpage da RHS no facebook. Neste caso, nos referimos à função curatorial exercida pelos editores/cuidadores/mediadores/curadores da RHS. Mas sabemos que todos participam de uma espécie de curadoria coletiva de conteúdos da RHS quando compartilham seus *posts* em suas redes sociais.

No caso dos editores/cuidadores/mediadores/curadores, fica explícito que as funções mediadora e curadora não são 'neutras', e têm uma intencionalidade política precisa, de comprometimento com a humanização do sistema público de saúde e com uma determinada ética de produção da saúde como um direito e, do SUS, como um bem público.

Cabe, ainda, destacar outro sentido bastante crucial de curadoria como uma modalidade de apoio: promover a expansão da força expressiva de um determinado conteúdo. Estamos nos referindo, aqui, às intervenções realizadas pelos editores/cuidadores/mediadores/curadores (mas, também, potencialmente, por qualquer 'humanauta'), no sentido de ampliar a força expressiva de um *post*, solicitando o esclarecimento de dúvidas ou incentivando seu autor a fornecer mais informações, a inserir vídeos ou imagens, dando mais vida aos relatos. De novo, uma intervenção com uma clara intencionalidade política, já que interceder em favor das forças expressivas de um relato é sempre interceder em favor da vida.

Ou seja, a dimensão curadora inclui essencialmente o papel de cuidar e, conjuntamente, qualificar as experiências que chegam na RHS por meio da narrativa e publicação de um *post*. Entendemos que esse processo implica uma transformação não apenas da narrativa do *post*, mas dos sujeitos envolvidos nesse processo: autores, editores-curadores e leitores. Idealizamos a instauração de um processo em que, ao se depararem com a experiência do outro, os curadores pudessem, singularmente, descobrir suas potências de intervenção; ao serem questionados sobre seu *post*, que os autores pudessem ressignificar sua narrativa, mas, também, revisitar seu lugar mediante dada experiência; ao entrar em contato com essa troca, que os leitores pudessem aprender e contribuir a partir de sua leitura singular sobre cada narrativa.

Os editores/cuidadores/mediadores/curadores ainda exercem outra função apoio na RHS, respondendo às diferentes demandas que chegam pelo 'formulário de contato', utilizado pelos usuários que desejam estabelecer uma comunicação 'não pública' com os responsáveis pelo *site* ou com a PNH. São demandas de toda ordem (desde pedidos de acesso a serviços até pedidos de apoio às unidades ou solicitação de cartilhas da PNH etc.), colocadas por meio de um canal de diálogo direto com cidadãos e cidadãs com as mais diversas inserções no SUS; um diálogo também sempre mediado pelo acolhimento, esclarecimentos que nos cabem, orientações, encaminhamentos e, sempre que possível, procurando acionar as redes e ativar novos coletivos.

Mapeadas essas principais funções apoio, é importante dizer que elas se desdobram em outras funções, em outros modos de expressão do cuidado e da gestão da rede, que têm íntima relação com o objeto que nos ocupa, a saber, a humanização da saúde. O exercício de *apoio em rede* produz:

um constante 'apoiar-se', um espaço de resistência, uma dimensão de 'cuidado de si'²⁸ exercido quando um editor apoia o outro, quando um usuário se solidariza com o relato de outro, quando uma mobilização social se produz em torno de um relato.

Constitui-se, nesse exercício, um processo de dissolução da figura do apoiador e do apoiado, já que todo e qualquer usuário da rede, bem como seus editores, pode apoiar ou ser apoiado em diferentes situações, uma experiência pode apoiar outras experiências sem que seus autores nunca tenham entrado em contato um com o outro.

Nesse sentido, o apoio em rede social desterritorializa os lugares previamente atribuídos a apoiadores ou apoiados e, de forma rizomática, radicaliza a horizontalidade de um dispositivo como a RHS, na medida em que qualquer um pode se alternar na posição, às vezes sem ser um conhecedor do apoio institucional ou matricial como um conceito. Trata-se de um apoio que se vê menos pelo objetivo e mais pelo efeito, um agenciamento de conexões de redes de saber e de conhecimentos que buscam a ampliação dos coeficientes de transversalidade²⁹.

Considerações finais

Procuramos, neste texto, estabelecer algumas relações sistemáticas entre a função apoio e o trabalho realizado na Rede HumanizaSUS. Para isso, partindo de um breve delineamento do marco conceitual que nos orienta, cartografando as diferentes modalidades de apoio que têm se expressado na Rede em seus mais de seis anos de existência.

É importante ressaltar que, apesar de não explicitarmos ao longo do texto, temos consciência dos limites e dificuldades dessa experiência, e gostaríamos de apontá-los, sinteticamente, nesse momento de conclusão. Entre os limites ao exercício do apoio em redes virtuais, apontamos aqueles dados para a própria RHS ampliar sua potência: (a) o limite de acesso à internet e às tecnologias de informação ainda imposto a muitos usuários, trabalhadores e gestores do SUS; e (b) o obstáculo à participação, que pode representar, para alguns, o exercício de se expor e se posicionar num espaço público e acessível a todos.

Mas essa exposição é, também, a grande potência da rede, como procuramos demonstrar: a RHS se coloca como um espaço que divulga, socializa e põe em debate público temas referentes à saúde em geral e à humanização, dando visibilidade a experiências de todo o território nacional, para dentro e para fora da máquina do Estado. Essas experiências entram em diálogo entre si, produzindo redes afetivas, de conversa e de troca de conhecimentos e apoio.

Nas experimentações do *apoio em rede*, procuramos dar ênfase a uma mostra de entradas e saídas já experimentadas num universo de possibilidades do qual ainda não temos alcance de suas infundáveis potências.

A partir desse circunscrito e ousado hall de experimentações, já é possível traçar uma decisiva modulação na função apoio, que poderíamos formular como uma passagem do apoio em rede para a *rede como apoio*.

Com o crescimento da rede, foi-se produzindo uma espécie de 'impessoalidade' do apoio, que emerge como um dispositivo de cuidado bastante potente, porque pode ser exercido por todos entre si, numa horizontalidade cada vez mais presente. Nesse território, a passagem do papel de apoiador para apoiado, e vice-versa, pode ser dar pela distância de um *click*.

Assim, as diferentes dimensões do apoio na RHS podem, por vezes, se traduzir: numa dimensão etérea, numa invisibilidade necessária em várias ocasiões; numa dimensão ativadora, que inclui o movimento de acolhimento dos usuários, de qualificação das discussões, de moderação, de respostas aos formulários de contato etc.; numa dimensão provedora de conteúdos, como para qualquer outro usuário; numa dimensão operacional, que inclui uma aprendizagem permanente, de modo colaborativo, do uso das ferramentas e das funcionalidades desenvolvidas para a plataforma; enfim, numa dimensão de produção do comum, de um coletivo que se produz em torno da positividade do SUS, num contexto em que está implícito que o apoio em rede confirma nossa interdependência em relação ao outro e reaviva o sentido de apoio como 'contar com', ademais, potencializado num 'apoio.com'.

Forjada nas interfaces entre a constituição de processos de inteligência coletiva e a produção de políticas públicas na área da saúde, a experiência da RHS revela uma deriva possível da função *apoio* nos processos de ativação de rede, de ampliação da potência de ação coletiva ou, ainda, de constituição de uma *multidão*, segundo o conceito de Hardt e Negri³⁰, o que realça o alcance político dessa função: trata-se, fundamentalmente, do modo de existência dos muitos enquanto muitos! E que pode derivar da ação de muitos enquanto muitos: uma multidão de singularidades produzindo um comum imediatamente visível: esse *comum* expresso na “produção cultural” de todas as singularidades que fazem a *comunidade* RHS, ao mesmo tempo em que fazem da RHS a máquina expressiva de uma possível “multidão HumanizaSUS”.

Colaboradores

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

Referências

1. Teixeira RR. CiberespaSUS. Rede HumanizaSUS [Internet] [acesso 2015 Nov 6]. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/61298-ciberespasus>
2. Lévy P. A inteligência coletiva: por uma antropologia do ciberespaço. São Paulo: Loyola; 1998.
3. Weber L. Produzir (nos) ponto com: a constituição do coletivo Rede HumanizaSUS e a produção cooperativa [tese]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
4. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
5. Paim JS. A Atenção à Saúde no Brasil. In: Brasil. Ministério da Saúde. Saúde no Brasil - contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004. p. 15-40.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2010.
7. RedeHumanizaSUS. Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS [Internet]. Brasília (DF); 2014 [acesso 2014 Out 15]. Disponível em: www.redehumanizasus.net
8. Matiello D, Martins DL. Análise da apropriação de espaços on line na formação de redes para a promoção de saúde: o desenvolvimento da rede humanizaSUS [Internet]. Comunicação oral. In: Anais do 12º Encontro nacional de pesquisa em Ciência da Informação; 23 a 26 out 2011. Brasília (DF); 2013. Mídia eletrônica. p. 3510-25.
9. Campos GWS. Um método para análise e gestão de coletivos. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

10. Oliveira GN. O apoio institucional aos processos de democratização das relações de trabalho na perspectiva da humanização. *Tempus Actas Saude Colet.* 2012; 6(2):223-35.
11. Maturana H, Varela F. A árvore do conhecimento: as bases biológicas do entendimento humano. São Paulo: Editorial Psy II; 1984.
12. Langton CG, editor. *Artificial life: proceedings of Santa Fe Institute Studies in the Sciences of Complexity.* Redwood: Addison Wesley; 1989.
13. Minsky M. *The society of mind.* New York: Simon and Schuster; 1997.
14. Leroi-Gourhan A. *Le geste et la parole.* Paris: Albin Michel; 1964.
15. Callon M. *La science et ses réseaux.* Paris: La Découverte; 1989.
16. Stengers I. *L'invention des sciences modernes.* Paris: La Découverte; 1993.
17. Latour B. *Ciência em ação.* São Paulo: Ed. Unesp; 2000.
18. Serres M. *La communication.* Paris: Minuit; 1968.
19. Simondon G. *Du mode d'existence des objets techniques.* Paris: Aubier; 1958.
20. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia.* São Paulo: Editora 34; 1995.
21. Deleuze G, Guattari F. *O que é a filosofia?* São Paulo: Editora 34; 1997.
22. Teixeira RR. O desempenho de um serviço de atenção primária na saúde na perspectiva da Inteligência Coletiva. *Interface (Botucatu).* 2005; 9(17):219-34.
23. Lévy P, Authier M. *As árvores de conhecimentos.* São Paulo: Escuta; 1995.
24. Costa R. Inteligência coletiva: comunicação, capitalismo cognitivo e micropolítica. *Famecos (Porto Alegre).* 2008; 1(37):61-8.
25. Barros ME, Guedes CR, Roza MMR. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16(12):4803-14.
26. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético.* São Paulo: Editora 34; 2006.
27. Oliveira GN. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio [tese].* Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2011.
28. Foucault M. *Ética, sexualidade, política.* Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006. (Coleção Ditos e Escritos; 5).
29. Guattari F. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional.* São Paulo: Idéias & Letras; 2004.
30. Hardt M, Negri A. *Multidão: guerra e democracia na era do império.* Rio de Janeiro: Record; 2005.

Teixeira RR, Ferigato S, Lopes DM, Matielo DC, Sardenberg ML, Silva P, et al. Apoyo en red: HumanizaSUS, la red que conecta posibilidades en el ciberespacio. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):337-48.

Este es un texto analítico sobre la experiencia de la red HumanizaSUS como un espacio de conexión virtual de las prácticas y los saberes del SUS (Sistema Brasileño de Salud), así como de la experimentación de funciones de apoyo en red. Para esto, a partir del marco teórico de la Inteligencia Colectiva, presentamos algunas de las dimensiones de apoyo experimentadas en HumanizaSUS como una tecnología de intervención en red para el fortalecimiento de los espacios virtuales del SUS o de los CiberespaSUS.

Palabras clave: Red HumanizaSUS. Apoyo. Ciberespacio.

Submetido em 03/02/15. Aprovado em 03/08/15.

O impacto da internet na interação entre pacientes: novos cenários em saúde

Vera Cecília Frossard^(a)
Maria Clara Marques Dias^(b)

Frossard VC, Dias MCM. The impact of internet on patients interaction: new scenarios in health. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):349-61.

The paper presents the new role played by patient groups over the last decades. Through the use of support groups, patient associations and activist movements, patients and/or their relatives share knowledge that has been acquired about specific illness. New scenarios arise in the field of Health derived from such associative forms, such as patients' demands being incorporated into health care public policy as well as collaboration with research efforts. The present paper aims, using literature review, to analyze the role played by the internet in the constitution of this new actor in the field of health. It also addresses a new phenomenon, made possible by the Internet: the promotion of research by patients without the participation of expert researchers. The concept of biopower is employed as a framework to analyze these new health scenarios.

Keywords: Internet. Patients groups. Experiential knowledge. Patient organization. Patients' participation in research.

O artigo apresenta novas formas de atuação de grupos de pacientes durante as últimas décadas. Pacientes e/ou seus familiares fazem circular o conhecimento adquirido pela experiência com a doença em grupos de apoio, associações de pacientes e movimentos ativistas. Como resultado destas associações, surgem novos cenários na área da Saúde, como a incorporação das demandas do paciente nas políticas públicas de cuidado em saúde e a colaboração em esforços de pesquisa. O objetivo deste artigo é analisar, por meio de revisão de literatura, o papel da internet na constituição deste novo agente na área da saúde. Ele aborda igualmente um novo fenômeno, tornado possível com o advento da internet: a promoção de pesquisas por pacientes sem a participação do pesquisador especialista. Para nos auxiliar na análise destes cenários em saúde, nos servimos do conceito de biopoder.

Palavras-chave: Internet. Grupos de pacientes. Conhecimento da experiência. Associação de pacientes. Participação de pacientes em pesquisa.

^(a) Centro de Saúde
Escola Germano Sinval
Faria, Escola Nacional
de Saúde Pública Sergio
Arouca, Fundação
Oswaldo Cruz. Rua
Leopoldo Bulhões,
1480, Manguinhos,
Rio de Janeiro, RJ,
Brasil. 21041-210.
verafrrossard@
ensp.fiocruz.br

^(b) Programa
Interinstitucional e
Interdisciplinar de Pós-
Graduação em Bioética,
Ética aplicada e Saúde
coletiva, Universidade
Federal do Rio de
Janeiro. Rio de Janeiro,
RJ, Brasil. 20051-
070. mcdias1964@
gmail.com

Introdução

Durante as duas últimas décadas vivenciamos novo fenômeno em saúde: doentes e/ou familiares organizados em associações ou movimentos sociais buscam fazer valer suas demandas em políticas públicas e pesquisas. Muitas destas demandas trazem o conhecimento produzido pela vivência com a doença. Este tipo de conhecimento se diferencia do saber científico e biomédico, pois é experiencial, empírico, subjetivo. Em grupo, transforma-se em conhecimento adquirido pela experiência com a doença devido às semelhanças compartilhadas. Este conhecimento tem obtido reconhecimento não só por cientistas sociais, mas por autoridades públicas e profissionais de saúde¹. O artigo busca analisar o papel da internet na emergência deste novo ator em saúde. Para tal, está dividido em três partes.

A primeira parte discorre sobre os grupos de pacientes. A forma como articulam o conhecimento adquirido pela experiência com a doença e o conhecimento biomédico os identificam como grupos de autoajuda/ajuda mútua ou grupos de defesa de direitos (*advocacy groups*) e grupos ativistas.

A segunda parte descreve novo fenômeno em saúde, possível graças à internet, em que pacientes empreendem pesquisa sem a intermediação de pesquisadores. Apresenta-se um caso exemplar com portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica.

Na terceira parte, e como finalização do artigo, introduzimos uma controvérsia: se, por um lado, a internet oferece relevante canal de comunicação e troca de experiências entre pacientes, por outro, ela dissemina informações biomédicas, veicula propaganda de medicamentos e serviços biotecnológicos². Desta forma, ela reafirma o saber biomédico como hegemônico. Para corroborar esta controvérsia, servimo-nos do conceito de biopoder³.

A voz dos pacientes

Por três anos, um rapaz com esclerose múltipla reportou em fórum eletrônico^(c) suas reações físicas durante e após participar de pesquisa clínica^(d) com o uso de células-tronco. O fórum tornou-se um diário de acompanhamento da pesquisa na perspectiva de um voluntário. Os outros participantes do fórum, portadores da doença, interagiram com palavras de apoio e esperança pelos resultados da pesquisa. O grupo demonstrou ter domínio sobre termos técnicos. Este é apenas um exemplo sobre novo e amplo fenômeno em saúde. Pacientes usam a internet para compartilhar experiências entre pares.

O doente, suas considerações sobre a doença e sensações do corpo circunscritas ao domínio privado desde a era moderna, participam do espaço público de forma irruptiva com o advento da internet. Nunca houve uma mídia que oferecesse voz ao cidadão em escala global. Pacientes/familiares ocupam os espaços de interação na internet para compartilhamento de sua vivência com a doença, disseminação de informação biomédica, solicitação e oferecimento de ajuda. Formam-se, assim, vastas redes de luta e esperança.

A expressão 'experiential knowledge', conhecimento adquirido pela experiência, ressurgiu como conceito neste contexto. Este termo foi cunhado por Borkman⁴ na década de 1970 ao estudar os grupos dos Alcoólicos Anônimos (AA) que surgiram na década de 1930 nos Estados Unidos.

A experiência com a doença, ao ser narrada e em associação com outros relatos, resulta em algum nível de reflexividade cujo resultado é a ampliação do conhecimento sobre a doença e o consequente empoderamento das pessoas. O

^(c) PatientsLikeMe [acesso 2014 Nov 24]. Disponível em: <https://www.patientslikeme.com/>

^(d) Neste texto, o termo pesquisa clínica refere-se a: "Qualquer investigação em seres humanos, objetivando descobrir ou verificar os efeitos farmacodinâmicos, farmacológicos, clínicos e/ou outros efeitos de produto(s) e/ou identificar reações adversas ao produto(s) em investigação, com o objetivo de averiguar sua segurança e/ou eficácia". Agência Europeia para Avaliação de Produtos Medicinais [acesso 2015 Abr 19]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/pesquisa/def.htm>

termo indica que o doente tem autoridade de conhecimento por fazer parte do fenômeno da doença⁴.

O conhecimento adquirido pela experiência com a doença leva em conta aspectos emocionais e práticos geralmente excluídos do repertório médico. Tal conhecimento é a base propulsora dos grupos de autoajuda/ajuda mútua, associações de pacientes e movimentos sociais em saúde. O que diferencia tais grupos é a forma como se aliam ou se opõem ao saber biomédico.

Os grupos de pacientes

Os grupos de pacientes podem ser divididos em três momentos históricos, segundo os apresentou Rabeharisoa¹, mas que ainda hoje convivem: o primeiro é caracterizado pelos grupos de autoajuda/ajuda mútua formados ao longo das décadas de 1950 e 1960, inspirado pelo modelo dos AA. Estes grupos foram formados por portadores de doenças crônicas que visavam promover habilidades na gestão da doença por meio do compartilhamento de experiências. O empoderamento dos grupos de autoajuda/ajuda mútua resulta da valorização de suas experiências como uma forma de conhecimento.

Um segundo tipo de grupos de pacientes surge ao longo das décadas de 1960 e 1970, inspirado pelos movimentos sociais da década de 1960 nos Estados Unidos. Estes são os grupos de advocacia (*advocacy group*), formados, sobretudo, por pessoas estigmatizadas em função de sua condição. Tais grupos buscam afirmar uma identidade a partir de sua condição e mobilizar autoridades para garantia de seus interesses. Criticam os grupos de autoajuda/ajuda mútua por estes se preocuparem apenas com eles próprios, não ampliarem a ajuda para além do grupo e não levarem em conta o contexto social em que teve lugar a doença.

Os grupos de defesa adotam postura crítica contra a biomedicina e a excessiva medicalização do corpo e da vida. Esta conduta é frequentemente utilizada pelo movimento de deficientes. Como exemplo, está a recusa de surdos em fazerem transplante de cóclea, uma vez que a surdez é considerada parte de sua identidade. Blume⁵ analisou a comunidade de surdos na França e Holanda, porém identificou tal recusa em vários países do Ocidente. As comunidades analisadas consideraram o transplante de cóclea um novo instrumento do contexto histórico de opressão.

Outro exemplo se dá com o movimento de ativistas autistas⁶. A primeira lista de discussão na internet sobre o autismo (*Autism and Developmental Disabilities List*), com foco na cura e no tratamento, gerou reativo movimento de autistas aspergers, que consideram o autismo uma característica/diferença, e não doença/déficit. Em reação a esta lista de discussão, os ativistas Jim Sinclair e Donna Williams criaram outra em 1992, sob o lema "by autistics for autistics" (por autistas e para autistas), o qual reproduz outro lema conhecido do movimento de portadores de deficiência, "nothing about us without us" (nada sobre nós sem nós)⁶. Jim Sinclair coordena uma rede internacional (*Autism Network International*) dedicada a apoio e advocacia, e uma lista de discussão na internet como suporte a estas funções. Presenciamos redefinição desta classificação nosológica por meio das narrativas em primeira pessoa de autistas⁷. Exemplo particularmente interessante é o vídeo da ativista autista Amanda Baggs, denominado "In my language"^(e), em que ela busca traduzir sua linguagem autista para a nossa.

O terceiro modelo de grupos de pacientes surge a partir da década de 1980 e vai em direção contrária aos grupos de advocacia em sua oposição ao

^(e) Vídeo disponível na plataforma *Youtube* [acesso 2014 Abr 19]. Disponível em: <http://www.youtube.com>

conhecimento biomédico. Estes grupos buscam tratamento para doenças raras, letais, sem diagnóstico, e conduzem ações para tornar tais condições visíveis para a sociedade. Neste terceiro modelo, dois conceitos se destacam: o de *Movimentos de Saúde Corporificados* e *Ativismo Baseado em Evidências*. A internet desempenha importante papel neste terceiro modelo.

Sob o enfoque da Teoria dos Movimentos Sociais, Brown et al.⁸ designaram tais grupos como *Movimentos de Saúde Corporificados (Embodied Health Movements)*. Ao lado de movimentos mais tradicionais em saúde – que lutam pelo acesso equitativo à saúde, melhoria no oferecimento do cuidado, correção das desigualdades em função de raça, etnia, gênero, classe, sexualidade –, este terceiro movimento traz para o centro das ações: 1) o corpo e a experiência do doente; 2) desafio ao conhecimento biomédico; 3) associação de ativistas com pesquisadores.

Tais autores⁸ enfatizam as doenças de hipótese etiológica ambiental, as quais não têm reconhecimento do Estado, e, por isso, necessitam de investigação popular para torná-las visíveis, o que ficou conhecido por Epidemiologia Popular⁹. Os autores analisaram, em especial, três condições: asma (mobilização em torno de áreas pobres poluídas), câncer de mama (mobilização associada à hipótese de contaminantes ambientais) e doença da Guerra do Golfo (mobilização de veteranos da guerra para reconhecimento do Estado sobre os efeitos de armas químicas e biológicas). Este último movimento teve, na internet, importante canal de compartilhamento das experiências e elaboração de hipóteses interpretativas sobre a relação da guerra com sintomas comuns entre os veteranos, como fadiga crônica, dor de cabeça, náuseas, perda de memória¹⁰. O movimento que investiga as causas ambientais do câncer de mama mantém um instituto de pesquisa (*Silent Spring Institute*), cuja colaboração dos ativistas com pesquisadores, perpassa todos os momentos das pesquisas.

O envolvimento de pacientes em pesquisa também foi reportado por Rabeharisoa et al.¹¹ sob o escopo das ações das associações de pacientes na Europa.

Estes autores cunharam a expressão *Ativismo Baseado em Evidências (Evidence-based Activism)* após analisarem grupos de pacientes/familiares que articulam o conhecimento biomédico com o conhecimento adquirido pela experiência com a doença, para participarem da rede de especialistas e elaborarem questões relevantes para seus interesses. Tornam suas questões uma 'evidência' quando coletam e organizam o conhecimento baseado na experiência para destacar aspectos negligenciados pelo conhecimento biomédico. As experiências são coletadas em grupos na Internet e questionários formais de pesquisa. Por meio deste levantamento, ampliam e reformulam o que se entende sobre a doença, suas características e problemas.

Os autores analisaram o fenômeno em quatro países (França, Irlanda, Portugal e Reino Unido), em quatro condições (doenças raras, doença de Alzheimer, déficit de atenção e desordem da hiperatividade e partos), sob o escopo do projeto *Epoks (European Patient Organizations in Knowledge Societies)*, no período de 2009 a 2012.

Na Irlanda e no Reino Unido, as organizações de pacientes de Alzheimer empreenderam métodos de pesquisa social para levantar as demandas dos cuidadores e também dos portadores. Relatórios e *position paper* (artigo em que os autores se posicionam sobre um tema) foram gerados sugerindo que o conhecimento adquirido pela experiência fizesse parte das políticas de cuidado¹¹. Na França e na Irlanda, associações sobre partos trouxeram questões relevantes para o debate sobre alguns procedimentos médicos após pesquisas sobre a experiência das mulheres nos serviços de saúde. O conhecimento da experiência estabelece relações com o conhecimento biomédico. Foi por meio da análise da eficácia clínica de procedimentos como a episiotomia^(f), que ativistas do parto conseguiram fazer

^(f) Incisão efetuada na região do períneo para ampliar o canal de parto [acesso 2014 Abr 19].
Fonte: Wikipédia.

valer as experiências das mulheres e, assim, obtiveram reconhecimento de autoridades para limitar esta prática¹¹.

Certos pacientes adquirem tanto conhecimento sobre a doença a ponto de desempenharem a função de representantes dos demais junto a especialistas em pesquisas e debates em saúde pública. O termo *especialização leiga (lay expertise)* foi cunhado por Epstein¹², após analisar o movimento ativista sobre a aids nos Estados Unidos. Os soropositivos usaram a linguagem biomédica para participarem da definição de linhas de tratamento e decisão sobre pesquisas clínicas, bem como demandaram que os resultados das pesquisas em teste fossem estendidos aos doentes fora da pesquisa¹².

Rabeharisoa e Callon¹³ caracterizaram por *especialistas em experiência (expert in experience)* pacientes/familiares que coletam, organizam e fazem circular informações sobre a doença, muitas vezes, ausentes da literatura médica. A Associação Francesa contra as distrofias musculares (AFM) usou fotografias, vídeos, livros, palestras. Aplicaram questionários para mapear sintomas, tratamentos e seus efeitos. Divulgaram o conhecimento da experiência, até então restrito à vida privada¹³. Desta forma, conseguiram criar novas informações e mobilizar o interesse de especialistas para pesquisas genéticas. A AFM criou a plataforma *Généthon*, responsável pela elaboração de mapas do genoma humano para doenças raras. A AFM promoveu o que Brown⁹ designou por *epidemiologia popular*, a geração dos próprios dados para evidenciar uma condição não reconhecida.

A internet e a interação em grupos de pacientes

Qual o papel da internet na formação e ação dos *especialistas leigos* e *especialistas em experiência*? Os grupos de discussão na internet constituem um dos recursos mais importantes, hoje em dia, para troca de experiências; contudo, são raros os estudos empíricos que mostram os caminhos por meio dos quais a internet exerce tal influência. Os estudos focalizam aspectos da relação médico-paciente¹⁴, os efeitos de grupos de autoajuda/ajuda mútua no autocuidado e decisões sobre tratamento^{15,16}. Uma das exceções é o estudo empreendido por Akrich¹⁷. Ao acessar páginas na internet de associação de pacientes francesas, ela percebeu que muitas foram criadas após a participação de alguns membros em grupos de autoajuda/ajuda mútua na internet, e que há preponderante interesse das associações por pesquisa e ciência. Observou o fenômeno em associação de câncer, autismo, endometriose, déficit da atenção e distúrbios da hiperatividade, partos, doença de Parkinson. Percebendo a falta de literatura sobre a influência da internet neste fenômeno, Akrich empreende estudo em listas de discussão sobre partos. Observou que as listas formam efetivos espaços de aprendizagem por meio da comparação entre as experiências pessoais, sua relação com dados científicos e de gestão de cuidados em saúde. Desta forma, os participantes puderam elaborar críticas sobre as práticas de cuidado e iniciar um trabalho mais político.

A informação escrita e digital favoreceu a reflexividade pela comparação entre as mensagens de um mesmo tópico. A diversidade dos membros permitiu o estabelecimento de *pontes* entre o conhecimento da experiência e científico. Numa das listas, alguns procedimentos médicos foram questionados, como a episiotomia, após depoimentos de mulheres sobre suas consequências, dados comparativos com outros países, literatura científica e opinião de médicos membros da lista. As trocas de mensagens levaram ao questionamento dos fundamentos em que se baseia esta prática: a organização do trabalho nas maternidades e a relação com a anestesia epidural. Akrich¹⁷ conclui ser o entrelaçamento destes dois tipos de conhecimento, da experiência e credenciado, o que permitiu às pessoas terem suas vozes ouvidas e tornarem suas reivindicações legítimas diante seus médicos.

A partir destas listas e *web sites*, formou-se vasta rede de partilha de experiências e mobilização política com a criação de algumas associações. Arkrich analisa duas: a AFAR (*Alliance Francophone pour l'accouchement respecté*) e Ciane (*Collectif Interassociatif Autour de la naissance*), as quais articulam ciência e política e apoiam pessoas para mobilização de suas causas. Muitas ações das políticas de parto na França são resultados de atividades destes grupos, os quais foram derivados de grupos de autoajuda/ajuda mútua na internet.

No Brasil, o compartilhamento de experiências em um grupo virtual sobre esquizofrenia (criado pela Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Esquizofrenia – Abre) inspirou

sua moderadora, uma *especialista em experiência*, a mobilizar o grupo para a preparação de petição para o Ministério da Saúde (MS), solicitando regulamentar itens da política de saúde mental (Lei nº 10.216/2001). A petição foi encaminhada por uma deputada federal⁽⁹⁾. Uma segunda ação proposta pelo grupo disse respeito à coleta de experiências com ênfase nos serviços de assistência. Organizou-se formulário eletrônico para registrar as experiências de seus membros. A ideia surgiu após o grupo receber convite para participar de uma pesquisa acadêmica sobre os efeitos das interações virtuais no autocuidado.

Por meio destes exemplos, a internet demonstra sua potência em reunir, organizar e fazer circular as demandas das pessoas.

Associações de pacientes no Brasil

As ações da sociedade civil respondem às realidades de cada região e país, e, no caso da saúde, também ao seu sistema de saúde. No Brasil, a participação popular em saúde institucionalizou-se com a reforma sanitária (Lei 8.142/90) por meio dos conselhos de saúde nas três esferas governamentais. A literatura acadêmica é expressiva ao analisar sua atuação, conquistas, problemas e desafios¹⁸⁻²⁰. Também tem expressão a literatura acadêmica sobre a aids²¹⁻²³ e a atuação das Organizações Não Governamentais (ONG), as quais passaram a se autoidentificar como ONG/Aids²⁰. À semelhança das experiências internacionais, o ativismo das ONG/Aids também foi pioneiro na mobilização dos portadores. Tais organizações, além de fornecerem assistência aos portadores, pressionaram o Estado a desenvolver políticas de cuidado/tratamento, mobilizaram a sociedade para dar visibilidade à doença, e organizaram assessoria jurídica na promoção de direitos²². Esforços do poder público, conjugados ao ativismo e à mobilização da mídia, resultaram na política de produção de medicamentos antirretrovirais, seu acesso gratuito e universal²³.

No entanto, a literatura acadêmica sobre as ações das associações de pacientes no Brasil é tímida. Só na área de saúde mental foram identificadas 107 associações de pacientes até 2007²⁴. Há, entre elas, perfil predominante: a defesa dos direitos de usuários, a promoção de cursos de capacitação e projetos de geração de renda/trabalho. Basta acessar algumas páginas das associações brasileiras na internet para verificar o vasto universo que compõem. Algumas buscam organizar as demandas de pacientes com relação ao cuidado, prestam-lhes apoio, geram informações sobre a doença, serviços e direitos, e buscam canalizar as demandas para espaços de articulação política. Como exemplos, vejamos:

1. Pais de autistas promoveram campanhas para tornar esta condição visível para a sociedade e protagonizaram a articulação política que resultou na lei de Proteção e Atenção às Pessoas no Espectro Autista. A Lei 12.764, de nome *Berenice Piana*, sancionada em 2012, faz homenagem à mãe de um autista²⁵.

2. A mobilização social de familiares de crianças com crises convulsivas refratárias levou a Anvisa a reclassificar o canabidiol, um derivado da maconha, de substância proibida no Brasil para substância controlada. A mobilização continua para a regulamentação da maconha medicinal no Brasil, com sua produção em solo nacional. Uma das associações criadas, a Associação Brasileira de Pacientes de Cannabis Medicinal (AMA+ME)^(h), promove pesquisas por meio de sua diretoria médico-científica. Há um estudo observacional com usuários

⁽⁹⁾ Disponível em: <http://www.abrebrasil.org.br/web/index.php/saiba-mais/noticias/182-sus-mara-gabrilli>. Acesso: 24 Nov 2014.

^(h) Disponível em: <https://www.facebook.com/amamebrasil>. Acesso: 17 Set 2015.

de óleos ricos em canabidiol. Os resultados preliminares mostram relevante redução no número e intensidade das crises convulsivas.

3. O movimento de algumas associações de apoio aos pacientes²⁶ foi determinante na criação da Política Nacional de Atenção Integral às pessoas com Doenças Raras, assinada em janeiro de 2014.

Dois estudos analisaram em detalhes as ações de associações de pacientes: um deles é sobre as associações de doenças raras no Brasil. Barbosa²⁶, pai de uma menina com neurofibromatose, ao se deparar com a falta de informação sobre a doença, criou uma associação – AMAVI (Associação Maria Vitoria). A partir da constatação da carência de publicações sobre as associações de doenças raras no Brasil, foi estudar o tema na França e Portugal para comparar com a experiência brasileira. Observou o predomínio de intervenções medicamentosas para tratamento das doenças raras, com nítido interesse de mercado, denominado, por ele, como *Modelo Utilitário do Cuidado*. O Estado mostra-se ausente no oferecimento de informações para aprimorar o diagnóstico e cuidado integral. As associações buscam preencher as lacunas do Estado, prestam apoio às famílias/doentes com informação sobre a doença e serviços.

O outro estudo²⁷ analisa as ações da *International Myeloma Foundation* no Brasil, para apoio aos portadores do câncer mieloma múltiplo. O *site* é o principal veículo de comunicação e oferecimento de informação. A associação organiza informação sobre a doença para leigos e kit com revisão bibliográfica para médicos; apoia doentes/familiares; oferece apoio jurídico; elabora estudos científicos sobre o mieloma; busca interlocução com o poder público para cura, diagnóstico e tratamento. Diante de tensões com o Estado para registro de medicamento para a doença, promoveu abaixo-assinado e acionou a mídia. O estudo enfatiza a articulação do saber leigo e credenciado conforme posto por Epstein¹² e Rabeharisoa¹. Observa, ainda, que a internet reconfigura a sociedade em função dos fluxos de informação entre os vários saberes e atores.

Ambos os estudos concluem que o Estado deve ser indutor da atenção integral ao cuidado e da equidade em saúde.

Os exemplos acima mostram parte do universo do associativismo no Brasil. Mais estudos são necessários para que a realidade das associações seja conhecida bem como suas demandas.

Pacientes em pesquisas *apomediadas*

O envolvimento de pacientes em pesquisas tem sido um divisor de águas no ativismo em saúde. As organizações de pacientes não só se dedicam à autoajuda/ajuda mútua ou advocacia, mas atuam na busca por tratamento e cura para doenças raras, câncer, AIDS em colaboração com especialistas^{1,8-13}. Porém, há novo e curioso fenômeno: pacientes executam suas próprias pesquisas clínicas sem participação de pesquisadores.

A internet permite que vários públicos se comuniquem sem necessidade de intermediação profissional. Eysenbach²⁸ cunhou o termo *Apomediation* (segundo ele, *Apo* vem do Latim e quer dizer *to stand by* ou *next to*) em substituição ao termo *intermediação*, para dar conta deste cenário em que pacientes assumem novas posições em saúde.

O acesso facilitado ao conhecimento científico e comunicação entre pares permite pesquisas em saúde sem a intermediação de pesquisadores por meio do mecanismo de *Crowdsourcing*²⁹. As plataformas americanas *PatientsLikeMe* (PLM), *23andMe*, *QuantifiedSelf*, *Genomera*, são exemplos.

Pesquisa *apomediada* bastante citada³⁰⁻³³ foi promovida por portadores da Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA), membros da plataforma PLM. Este site reúne funcionalidades de rede social e armazenamento de dados pessoais de saúde. A plataforma possui fóruns de discussão. Em um deles, em janeiro de 2008, um rapaz brasileiro portador de ELA e uma filha de outro portador convidam voluntários para experimento com o uso de Lítio Carbonato. O experimento replicou pesquisa clínica italiana³⁴.

A plataforma PLM já permitia que usuários registrassem seus dados para a medição da *Escala de Avaliação Funcional* da ELA (ALSFRS-R) para acompanhamento de funcionalidades motoras. A esta,

o *site* adicionou algoritmo para dosagem do lítio na corrente sanguínea³⁰. Em menos de um ano, os executores do experimento lançaram relatório final⁽ⁱ⁾ com a conclusão de que o lítio era ineficaz para ELA. A pesquisa clínica italiana chegou ao mesmo resultado³¹.

Vayena e Tasioulas³³, em artigo crítico, apontam, por meio de exemplos empíricos, que nem todas as pesquisas *apomediadas* chegam aos mesmos resultados de pesquisas clínicas randomizadas⁽ⁱⁱ⁾ executadas por pesquisadores. Os autores observam que as pesquisas *apomediadas* não são protegidas por diretrizes éticas, não apontam riscos, benefícios, informações sobre guarda dos dados. Eis aqui uma situação inusitada, pois os sujeitos da pesquisa são os próprios pesquisadores. O artigo alerta para os riscos com possíveis falhas metodológicas como viés de autosseleção, incorreção no armazenamento dos dados, acompanhamento e comparação dos resultados.

Pacientes portadores de doenças incapacitantes, degenerativas e sem tratamento encontram-se em situação de extrema vulnerabilidade pela ameaça às suas vidas, sofrimento e dor. É compreensível que busquem, por meios próprios, a cura de suas doenças. Em que pese a sua competência de *especialistas leigos*, pesquisas clínicas devem ter a participação de profissionais especialistas comprometidos com o rigor científico do experimento e a proteção dos sujeitos de pesquisa. Há outro risco sobre tais pesquisas. As indústrias farmacêuticas podem atuar nos bastidores destes experimentos e, assim, não seguirem as diretrizes éticas estipuladas.

O acesso à informação em escala global abre possibilidades não previstas e constitui campo fértil para o debate ético.

A internet como instrumento: mecanismo de resistência ou nova forma de captura?

Apresentamos, até agora, algumas ações de doentes/familiares que os caracterizam como novos atores em saúde. Tentamos mostrar a potência da internet na comunicação entre pares e circulação do conhecimento da experiência com a doença. O cidadão dispõe de poderoso canal para expressão de suas demandas. Por outro lado, as indústrias farmacêuticas e de biotecnologia também utilizam a internet para disseminar seus interesses e produtos. Para problematização deste cenário em que se delineiam dois movimentos^{2,35}, um de baixo para cima, protagonizado pelos grupos de pacientes, e outro, de cima para baixo, como afirmações do poder da biomedicina como saber hegemônico, nos serviremos, agora, do conceito de biopoder.

Foucault, em seu livro *História da Sexualidade*, descreve o biopoder ao analisar a transição do poder absoluto do soberano sobre a vida e a morte de seus súditos e as novas nuances que o poder adquire sobre a vida a partir do século XVII. O Estado moderno passa a assumir a administração disciplinar dos corpos, molda-o como máquina (a anatomopolítica) e investe, a partir do século XVIII, na gestão da vida e das populações, busca controlar os nascimentos, mortes, longevidade. O corpo é visto como espécie (a biopolítica). O biopoder diz respeito a estes dois polos, busca “[...] investir sobre a vida, de cima para baixo”³ (p. 131).

Rabinow e Rose trazem para a contemporaneidade o conceito de biopoder ao observarem as novas formas de identidade e construção de subjetividades por meio das quais nos entendemos a partir de nossa constituição molecular e biológica.

Rose² observa que a política da vida não está mais centrada no polo saúde-doença. A vida é um projeto de intervenção molecular denominada por

⁽ⁱ⁾ Disponível em: <https://alslithium.atSPACE.com>. Acesso: 20 Ago 2014.

⁽ⁱⁱ⁾ Pesquisa clínica randomizada testa a eficácia de intervenções em saúde quando os voluntários da pesquisa são separados aleatoriamente entre o grupo de experimentação (recebeu a intervenção) e o grupo de controle (não recebeu a intervenção e servirá de comparação).

política da própria vida (politics of life itself). Rose descreve o biopoder em cinco características: 1) molecularização: a vida entendida em níveis moleculares; 2) otimização: melhoramento humano, o polo saúde/doença perde primazia; 3) subjetificação: o entendimento de nós mesmos como *sujeitos somáticos*; 4) *expertise*: surgimento de novas autoridades e práticas terapêuticas que visam o bem-estar, aconselhamento e prevenção de riscos; 5) A bioeconomia: toda a economia em torno da vida. O gene torna-se mercadoria.

A sociedade atual, fortemente matizada pela biologia, biotecnologia e genômica, faz emergir uma nova forma de cidadania, denominada por Rose e Novas³⁶ como Cidadania Biológica. São projetos de cidadania formatados em torno da ideia do corpo biológico. Por projeto de cidadania, entende-se “os modos pelos quais as autoridades pensam acerca das pessoas (algumas) como potenciais cidadãos, e as formas pelas quais elas interferem neste contexto”² (p. 189). Projetos de cidadania envolvem: ações de educação sanitária, aconselhamento médico e genético, livros e documentários sobre pessoas que lutam contra doenças, etc.

A cidadania biológica não se expressa apenas em estratégias de formar cidadãos impostas de cima. Ela também é individualizadora, envolve autodescrição das pessoas em termos biológicos, da responsabilidade pela boa forma, manter as taxas de colesterol, obter aconselhamento genético, etc. Mas ela também tem sua dimensão coletivizadora.

Rabinow³⁷ captou muito bem esta dimensão coletiva ao identificar novas identidades para além da raça, gênero, cultura, construídas a partir do corpo e seus sintomas. Ele as denomina *biossocialidades*. São agrupamentos formados em torno de características somáticas, são *passaportes* para identidades partilhadas em torno de classificações biomédicas, são *bioidentidades*. Suas análises surgiram após observar, no início dos anos 1990, as ações da *Associação Francesa contra as Miopatias*. Os portadores e familiares abandonaram o modelo de autoajuda/ajuda mútua e redirecionaram suas ações para obtenção de verbas para pesquisa genética³⁸.

Cidadanias biológicas e biossociabilidades foram identificadas em variados contextos. Filipe³⁵ reportou alguns exemplos: *cidadãos biológicos* – reivindicações por reparação estatal dos sobreviventes ao acidente de Chernobyl³⁹; *cidadania farmacêutica*⁴⁰ – a política dos retrovirais no Brasil e os soropositivos como agentes prioritários da política pública. Percebemos, nestes exemplos, novas dinâmicas de reivindicação política a partir de doenças. Podemos considerá-las como movimentos de baixo para cima.

Novas expressões de *biossocialidades* se fazem presentes em grupos virtuais sobre doenças, os quais disseminam, em sua maioria, informações biomédicas⁴¹. A plataforma PLM constitui bom exemplo: é uma rede social com duzentos e cinquenta mil pessoas, que compartilham informações sobre duas mil doenças. O *perfil* dos membros é composto por informações médicas. Gráficos extraem estatísticas sobre os remédios consumidos, efeitos colaterais, dados clínicos, hábitos. O principal objetivo da plataforma é a pesquisa. O modelo de negócios envolve vender informações para pesquisadores e recrutar pessoas para pesquisas. Seu slogan é “*Donate your data for you, for others, for good*” (Doe seus dados para você, para os outros, para o bem). Pesquisas^{42,43} mostram que portadores de doenças desconfiam que seus dados sejam usados sem seu conhecimento, mas a maioria aceita compartilhá-los na esperança por novas pesquisas e tratamentos. Não existem ainda diretrizes éticas que protejam os sujeitos de pesquisas sobre o uso e a guarda dos dados na internet^(k).

A internet constitui novo recurso de propaganda para indústrias farmacêuticas por meio de seus *sites*⁴⁴. A propaganda também é feita de forma indireta, pois

^(k) Vários países adotam normas regulamentadoras para pesquisas com seres humanos, para sua proteção. No Brasil, existem os Comitês de Ética na Pesquisa (CEP) nas instituições. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) coordena a rede de CEP. Nos Estados Unidos, as diretrizes éticas são supervisionadas pelo *Office of Human Research Protections* (OHRP)³².

sob o pretexto de informar, os *sites* disseminam, por exemplo, que transtornos mentais resultam de mecanismos biológicos e têm cura. Assim, fazem propaganda velada sobre seus produtos^{2,45,46} e contribuem para a formação da crença de que os referenciais da biologia explicam como somos e funcionamos. Estes exemplos são expressões do biopoder vindos de cima.

Porém, como procuramos mostrar, a internet permite, também, que doentes/familiares exponham entre pares suas próprias experiências, permitindo a produção de um conhecimento até então ausente das políticas públicas e pesquisas. A internet estendeu 'o tapete vermelho' para a emergência deste contexto inovador e inusitado, em que a tecnociência não é mais uma exclusividade do especialista. O empoderamento do paciente é a principal característica deste processo¹.

A frase expressa bem o que podemos observar na literatura sobre o que vem ocorrendo na Europa ocidental e Estados Unidos. Mas, no contexto brasileiro, que grupos de pacientes têm atingido um real empoderamento por meio dos mecanismos de interação agora disponibilizados pela internet? Quais são as ações e demandas das associações de pacientes? Como se dão as articulações entre elas e as pesquisas desenvolvidas no âmbito acadêmico? As camadas pobres da população se fazem representar nas associações, como mostrou Barbosa no caso da AMAVI²⁶? Estamos aqui diante de um novo e amplo fenômeno a ser investigado pelo campo das Ciências Sociais e da Saúde Coletiva.

Colaboradores

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

Referências

1. Rabeharisoa V. Experience, knowledge and empowerment: the increasing role of patient organizations in staging, weighting and circulating experience and knowledge. In: Akrich M, Nunes J, Paterson F, Rabeharisoa V, editors. The dynamics of patient organizations in Europe. Paris: Presses de l' École des Mines; 2008. p. 13-34.
2. Rose N. A política da própria vida: biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus; 2013.
3. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Gallimard; 1984.
4. Borkman T. Experiential knowledge: a new concept for the analysis of self-help groups. Soc Serv Rev. 1976; 50(3):445-56.
5. Blume S. Histories of cochlear implantation. Soc Sci Med. 1999; 49(9):1257-68.
6. Ortega F, Zorzanelli 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.
7. Biklen D. Autism and the myth of the person alone. Nova York: New York University Press; 2005.

8. Brown Z, McCormick M, Morello-Frosch A. Embodied health movements: new approaches to social movements in health. *Sociol Health Illn*. 2004; 26(1):50-80.
9. Brown P. Popular epidemiology and toxic waste contamination: lay and professional ways of knowing. *J Health Soc Behav*. 1992; 33(3):267-81.
10. Barthe Y, Akrich M, Rémy C. As investigações “leigas” e a dinâmica das controvérsias em saúde ambiental. *Sociologias (Porto Alegre)*. 2010; 13(26):84-127.
11. Rabeharisoa V, Moreira T, Akrich M. Evidence-based activism: patients' organisations, users' and activist's groups in knowledge society. Paris: Centre de Sociologie de L'Innovation; 2013. (CSI Working Papers Series, n. 33).
12. Epstein S. The construction of lay expertise: aids activism and the forging of credibility in the reform of clinical trials. *Sci Technol Human Values*. 1995; 20(4):408-37.
13. Rabeharisoa V, Callon M, Filipe AM, Nunes JA, Paterson F, Vergnaud F. The dynamics of causes and conditions: the rareness of diseases in French and Portuguese patients' organizations' engagement in research. Paris: Centre de Sociologie de L'Innovation; 2012. (CSI Working Papers Series, n. 26).
14. Garbin HBR, Pereira Neto AF, Guilam MCR. A internet, o paciente expert e a prática médica: uma análise bibliográfica. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(26):579-88.
15. Eysenbach G, Powell J, Englesakis M, Rizo C, Stern A. Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *BMJ*. 2004; 328(7449):1166.
16. van Uden-Kraan CF, Drossaert CHC, Taal E, Seydel ER, van de Laar MAFJ. Participation in online patient support groups endorses patients' empowerment. *Patient Educ Couns*. 2009; 74(1):61-9.
17. Akrich M. From communities of practice to epistemic communities: health mobilizations on the internet. *Sociol Res Online [Internet]*. 2010 [acesso 2015 Out 4]; 15(2):[17 p.] . Disponível em: <http://www.socresonline.org.uk/15/2/10.html>
18. Gerschman S. Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(6):1670-81.
19. Moreira MR, Escorel S. Conselhos Municipais de Saúde do Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(3):795-806.
20. Labra ME. Política nacional de participação na saúde: entre a utopia democrática do controle social e a práxis predatória do clientelismo empresarial. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. *Participação, democracia e saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 176-203.
21. Câmara C. Introdução. In: Câmara C, organizadora. *Aids e sustentabilidade: sobre as ações das organizações da sociedade civil*. Brasília (DF): Coordenação Nacional de DST e Aids, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde; 2001. p. 7-16. (Série C, Projetos, Programas e Relatórios, n. 45).
22. Pereira AJ, Nichiata LYI. A sociedade civil contra a aids: demandas coletivas e políticas públicas. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(7):3249-57.
23. Loyola MA. Medicamentos e saúde pública em tempos de AIDS: metamorfoses de uma política dependente. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13 Supl:763-78.
24. Vasconcelos EM. Perfil das organizações de usuários e familiares no Brasil, seus desafios e propostas. *Cad Bras Saude Mental [CD-ROM]*. 2009; 1(1).
25. Mello AMSR, Andrade MA, Chen HH, Souza ID. *Retratos do autismo no Brasil*. São Paulo: Associação dos Amigos do Autismo de São Paulo; 2013.
26. Barbosa RL. *Pele de cordeiro? Associativismo e mercado na produção de cuidado para as doenças raras [dissertação]*. Coimbra (Portugal): Universidade de Coimbra; 2014.

27. Fonte VH. Sociedade e conhecimento leigo: o desafio da equidade em saúde na experiência da International Myeloma Foundation no Brasil [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2013.
28. Eysenbach G. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. *J Med Internet Res*. 2008; 10(3):e22.
29. Swan M. Crowdsourced health research studies: an important emerging complement to clinical trials in the public health research ecosystem. *J Med Internet Res*. 2012; 14(2):e46.
30. Frost JH, Massagli MP, Wicks P, Heywood J. How the social web supports patient experimentation with a new therapy: the demand for patient-controlled and patient-centered informatics. *AMIA Annu Symp Proc*. 2008:217-21.
31. Wicks P, Vaughan TE, Massagli MP, Heywood J. Accelerated clinical discovery using self-reported patient data collected online and a patient-matching algorithm. *Nat Biotechnol*. 2011; 29(5):411-4.
32. O'Connor D. The apomediated world: regulating research when social media has changed research. *J Law Med Ethics*. 2013; 41(2):470-83.
33. Vayena E, Tasioulas J. Adapting standards: ethical oversight of participant-led health research. *PLoS Med*. 2013; 10(3):e1001402.
34. Fornai F, Longone P, Cafaro L, Kastsichenka O, Ferrucci M, Manca ML, et al. Lithium delays progression of amyotrophic lateral sclerosis. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2008; 105(6):2052-7.
35. Filipe AM. Entre bios e polis? Debates contemporâneos sobre saúde, biomedicina e biocidadania. *Prisma Jurídico (São Paulo)*. 2010; 9(75):75-89.
36. Rose N, Novas C. Biological citizenship. In: Ong A, Collier S, organizadores. *Global assemblages: governmentality, technology, politics, and ethics as anthropological problems*. Oxford: Blackwell; 2005. p. 439-63.
37. Rabinow P. *Antropologia da razão*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 2002.
38. Rabinow P. *French DNA: trouble in purgatory*. Chicago: University of Chicago Press; 1999.
39. Petryna A. *Life exposed: biological citizens after Chernobyl (In-formation)*. New Jersey: Princeton University Press; 2002.
40. Biehl J. *Will to live: aids therapies and the politics of survival*. Princeton: Princeton University Press; 2007.
41. Barker KK. Electronic support groups, patient-consumer, and medicalization: the case of contested illness. *J Health Soc Behav*. 2008; 49(1):20-36.
42. Agaku IT, Adisa A, Ayo OA, Connolly GN. Concern about security and privacy, and perceived control over collection and use of health information are related to withholding of health information from healthcare providers. *J Am Med Inform Assoc*. 2014; 21(2):374-8.
43. Grajales F, Clifford D, Loupos P, Okun S, Quattrone S, Meliss S, et al. *Social networking sites and the continuously learning health system: a survey*. Washington (DC): Institute of Medicine of the National Academies; 2014.
44. Webb S. Drug marketing and the new media. *Nat Biotechnol*. 2010; 28(5):396-8.
45. Read J. Schizophrenia, drug companies and the internet. *Soc Sci Med*. 2008; 66(1):99-109.
46. Mitchell J, Read J. Attention-deficit hyperactivity disorder, drug companies and the internet. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2012; 17(1):121-39.

Frossard VC, Dias MCM. El impacto de la internet en la interacción entre pacientes: nuevos escenarios en la salud. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):349-61.

El artículo presenta nuevas formas de actuación de grupos de pacientes durante las últimas décadas. Pacientes y/o familiares hacen circular el conocimiento adquirido a partir de sus experiencias con la enfermedad en grupos de apoyo, asociaciones de pacientes y movimientos activistas. Como resultado de tales asociaciones, surgen nuevos escenarios en el área de Salud, como la incorporación de las demandas de los pacientes en políticas públicas de cuidado para la salud y la colaboración de los mismos con la investigación científica. El objetivo de este artículo es analizar, por medio de una revisión bibliográfica, el papel de internet en la constitución de este nuevo agente en el cuidado de la salud. El mismo aborda, igualmente, un nuevo fenómeno que se ha hecho posible gracias a internet: la promoción de la investigación por los pacientes sin la participación de investigadores expertos. Para un mejor análisis de estos escenarios de salud, nos valemos del concepto de biopoder.

Palabras clave: Internet. Grupos de pacientes. Conocimiento de la experiencia. Asociación de pacientes. Participación del paciente en la investigación.

Submetido em 14/01/15. Aprovado em 31/08/15.

Produção de sentidos entre adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez

Nayara Bueno de Araujo^(a)
Edir Nei Teixeira Mandú^(b)

Araujo NB, Mandú ENT. Production of meanings among adolescents about self care during the pregnancy. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):363-75.

In prenatal care, professionals usually disregard the network of meaning-production in adolescents about the process of caring of themselves during pregnancy. The study aims to evidence this network in a specific situation, with focus in the sources and references of adolescents' communities in poor areas of Cuiabá-MT, Brazil, as synthesized in a map. The qualitative study, was performed in 2014-2015, in 12 pregnant adolescents through focal groups, individual interviews, review of medical records and analysis based in the precepts and categories of Critical Discourse Analysis. The main discursive community of reference is the family, although health professionals, media and some acquaintances also mediate the construction of their discourses. Biomedical knowledge and care, expressed as risk control through preventive behavior practices, are respectively the most relevant source and voice among other options. The understanding of these particularities induces the professionals to search better ways of relating with adolescents and enlarging their autonomy.

Keywords: *Health communication. Map of symbolism. Pregnancy in adolescence. Prenatal care.*

No pré-natal, profissionais comumente desconsideram a rede de produção de sentidos de adolescentes sobre o cuidado de si na gravidez. Busca-se evidenciá-la em uma situação concreta, com foco nas fontes e comunidades de referência para adolescentes de áreas pobres de Cuiabá-MT, Brasil, sintetizadas em um mapa. Trata-se de estudo qualitativo, realizado entre 2014-2015, com 12 adolescentes grávidas, por meio de: grupo focal, entrevista individual, consulta a prontuários e análise baseada em preceitos e categorias da Análise de Discurso Crítica. A principal comunidade discursiva de referência das adolescentes é a família, embora profissionais de saúde, mídia e conhecidos também intermedeiem a construção de seus discursos. A cultura biomédica e o cuidado, como controle de riscos via comportamentos, são, respectivamente, as fontes e as vozes mais relevantes dentre outras concorrentes. Entender essas peculiaridades propicia ao profissional buscar melhores formas de relacionar-se com adolescentes e ampliar sua autonomia.

Palavras-chave: *Comunicação em Saúde. Mapa do mercado simbólico. Gravidez na adolescência. Cuidado pré-natal.*

^(a) Enfermeira. Rua Castro Alves, nº 6, Bairro Santa Cruz I. Cuiabá, MT, Brasil. 78068-200. naybueno@hotmail.com

^(b) Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil. enmandu@terra.com.br

Introdução

Este estudo versa sobre a comunicação de adolescentes a respeito do cuidado de si na gestação, com ênfase nas fontes e comunidades discursivas de onde provêm seus discursos, às quais se dá visibilidade por meio do procedimento metodológico “mapa da comunicação”.

O cuidado de si diz respeito à preocupação e ocupação das pessoas com elas mesmas, como um exercício social. Abarca o que as pessoas pensam, querem, assumem e fazem em prol de si mesmas. É parte de uma cultura de si, de alcance geral, que abrange atitudes e maneiras de se comportar, que impregnam socialmente as formas de viver e são traduzidas em procedimentos, práticas e receitas incorporados à vida das pessoas¹. Neste trabalho nos interessa a aplicação desse conceito ao cuidado da própria saúde por adolescentes grávidas.

O mapa da comunicação², proposto por Inesita Soares de Araújo, é um recurso metodológico usado para representar, graficamente, a rede de produção social de sentidos a respeito de algo, por um determinado segmento populacional. Ele busca sintetizar discursos, fontes e fluxos de comunicação, com o objetivo de figurar a natureza social dessa produção e as vozes que nela se inter-relacionam e concorrem por dominância.

No pré-natal, observa-se que os profissionais ignoram a rede social de comunicação que adolescentes integram e que lhes serve de referência à construção de sentidos a respeito da saúde, da reprodução, do cuidado e de sua participação neste. Isto é, desconsideram as fontes e o entrelaçamento e a concorrência das ideias que subsidiam as ações de cuidado do grupo; e, por decorrência, simplificam o processo comunicacional com este frente. Isto é, ao lidarem com o cuidado, relacionam-se com adolescentes de forma ineficaz e impositiva, ainda que, muitas vezes, intencionem o contrário.

Pesquisa que analisa a consulta pré-natal do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família (ESF), realizada em Cuiabá, caracteriza-a como uma prática burocrática (modelar, mecanizada), que naturaliza o processo reprodutivo e adota condutas de moralização e responsabilização de adolescentes pela gravidez, além de críticas aos seus comportamentos de cuidado de si³. O exame do pré-natal com adolescentes de um município da Bahia também identifica esse modelo normativo de ações, e a presença de relações impessoais que encobrem as especificidades da adolescência e gravidez⁴.

Essa forma de comunicação privilegiada na atenção à saúde das grávidas é refratária à dimensão social e política dos discursos e dos sentidos mobilizados por meio destes, seja os das adolescentes ou os dos profissionais. Mas, ela desconsidera que o processo comunicativo abriga um fluxo contínuo e multidirecional de informações e saberes (discursos com sentidos) que circulam entre as pessoas ou os grupos, e que são originados de fontes e comunidades discursivas variadas que competem entre si pela predominância de sentidos^{5,6}.

A comunicação opera como um Mercado Simbólico^(c), no qual os sentidos sociais (bens simbólicos) são produzidos, circulam e são consumidos pelos envolvidos (interlocutores), em um processo situado de disputas e negociações⁵.

Desse modo, os sentidos compreendem modos próprios e contextualizados de pessoas e grupos perceberem, classificarem e intervirem sobre o mundo, cuja construção se dá em rede, a partir de discursos circulantes⁵, que representam vozes em interação e concorrentes que veiculam diferentes pontos de vista, visões de mundo e ideias⁷ em função da conquista de poder simbólico^{5,6}; ou seja, de poder na esfera dos sentidos sociais de falar e de ser ouvido, uma vez que este é exercido em primeira instância pela via discursiva e não se configura de forma igualitária⁸.

^(c) A noção de comunicação como “Mercado Simbólico”, proposta por Araújo⁸, baseia-se: no modelo produtivo de Verón, na teoria do poder simbólico de Bourdieu, na perspectiva da língua como arena dos embates sociais de Bakhtin e na microfísica do poder de Foucault.

Nas diferentes sociedades, são vários os discursos sociais sobre a saúde das adolescentes, bem como sobre o processo reprodutivo delas e acerca dos cuidados que lhes são necessários, particularmente quando há uma gravidez em curso. Entre os diversos grupos sociais e, inclusive, entre os vários grupos de adolescentes, eles também possuem especificidades.

Os discursos são construídos e acionados a partir de espaços simbólicos em contínua atualização, como: o senso comum, a cultura popular, a ciência, a política, a religião e outros. Esses espaços constituem fontes de comunicação que organizam e produzem elementos simbólicos a partir do acervo individual, social e cultural pré-construído dos grupos⁵, o que remete à ideia de uma rede de comunicação.

As fontes representam comunidades discursivas – grupos de pessoas que produzem e fazem circular discursos peculiares por meio dos quais se reconhecem e são reconhecidos – que ocupam uma posição especificadora das instâncias ou dos espaços sociodiscursivos concretos estruturados como organizações⁵. Delas são exemplos: famílias, mídias, serviços de saúde, comunidades religiosas, grupos de adolescentes, entre outras. Uma comunidade discursiva situa os agentes institucionalmente e, também, os discursos das várias instituições. Essa instância possui a capacidade de produzir sentidos específicos, bem como de modificá-los⁶.

Dado o exposto, tem-se que os sentidos expressos por adolescentes, a respeito do cuidado de si na gravidez, são construídos socialmente a partir de discursos compartilhados por meio da comunicação com outras comunidades discursivas, segundo contextos diversos e específicos, e que são advindos de várias fontes e vozes em inter-relação, que, entre as adolescentes, manifestam-se com sentidos reforçados, contrapostos ou reinventados.

No pré-natal, quando os profissionais compreendem e consideram as referências das adolescentes, como elas são construídas e mobilizadas no contexto social e interativo, a lógica profissional deixa de ocupar espaço exclusivo. Abre-se espaço à apreensão do que pensam e a partir de quais fontes e de que modo constroem referências para a própria ação. Nessa perspectiva, configura-se maior possibilidade de o pré-natal ocorrer em bases humanizadas, dar suporte a necessidades de saúde mais abrangentes e desenvolver possibilidades de autonomia das adolescentes.

As fontes e comunidades discursivas representadas nos discursos delas sobre o cuidado da própria saúde, bem como a interação de várias vozes, neles presentes, de uma perspectiva de produção social dos sentidos, são aspectos inexplorados na literatura científica. Duas pesquisas com adolescentes puérperas, uma sobre o que conhecem acerca do cuidado do recém-nascido, sobre suas dificuldades e apoios recebidos⁹, e outra a respeito dos significados atribuídos a esse cuidado, ao autocuidado e às dificuldades encontradas¹⁰, concentram-se apenas na identificação e influência de agentes que atuam como suporte e ajuda no cuidado do filho.

Assim, buscando ampliar a abordagem do tema, este estudo enfoca de onde emanam os discursos de adolescentes sobre o cuidado de si na gestação, com o objetivo de conhecer e esquematizar as vozes, fontes e comunidades discursivas neles representadas e que caracterizam a rede social de produção de sentidos em torno do tema.

Busca-se simplificar o que compõe essa rede de sentidos, propiciar o entendimento de sua produção social e especificar que comunidades e vozes concorrem entre si pelo poder simbólico em torno do assunto. Além disso, intenciona-se contribuir para o entendimento, sobretudo do profissional do pré-natal, de que o seu discurso junto às adolescentes grávidas concorre com outros considerados pelas mesmas.

Metodologia

A pesquisa da qual deriva este trabalho é explicativa-qualitativa, e teve por objetivo compreender a construção da rede de sentidos sociais sobre a gestação e o cuidado de si na experiência, expressa em discursos de adolescentes que residiam em condições sociais adversas e cujo pré-natal realizava-se na ESF de Cuiabá, Mato Grosso.

A mesma foi realizada em quatro unidades da Regional Sul, segundo os seguintes critérios e razões: localização do estudo em uma regional em face da necessária articulação entre discurso e cenário;

composição da equipe pré-natal com médico e enfermeiro para exploração da participação de ambos na construção dos sentidos sociais das adolescentes; mínimo de cinco adolescentes cadastradas por unidade da ESF, considerado o número encontrado de, no máximo, dez.

Participaram 12 adolescentes grávidas captadas nas unidades selecionadas. Nessa definição, considerou-se a repetição e a suficiência dos dados a partir da análise e classificação temática do material empírico da primeira etapa de recolha de dados¹¹. Os atributos de interesse das participantes foram: idade entre 15 e 18 anos, pressupondo-se certa homogeneidade no grupo; mínimo de duas consultas de pré-natal, para captar o ponto de vista sobre este; idade gestacional de até 28 semanas, para evitar que a recolha coincidissem com o parto; e residência fixa nos territórios das unidades selecionadas.

As atividades empírico-analíticas ocorreram de abril a setembro de 2014. Utilizou-se a técnica de entrevista nas modalidades grupo focal e individual aberta, além de consulta aos prontuários das participantes. Na primeira etapa, realizaram-se dois encontros grupais, de uma hora cada um, em cada unidade; o primeiro para construir relações de confiança e para partilhamento das histórias de vida das adolescentes; o segundo para explorar ideias sobre a gravidez-maternidade e o cuidado de si. A entrevista individual ocorreu na segunda etapa, após a análise do material do grupo focal, e serviu para aprofundar, confirmar e esclarecer questões que emergiram da etapa anterior.

O tratamento dos dados fundamentou-se em duas dimensões e categorias correspondentes da Análise de Discurso Crítica¹²: 1) prática discursiva (interdiscursividade, sentidos sociais, contexto existencial); e 2) prática social (ideologia e hegemonia). Organizou-se o *corpus* de análise; procedeu-se à leitura repetida deste e o destaque dos enunciados e de outros dados de interesse; classificaram-se os achados, com base na inferência e articulação empírico-teórica. Na síntese das vozes, fontes e comunidades discursivas da rede de sentidos do discurso das adolescentes, utilizou-se, como inspiração, o mapa da comunicação proposto por Araújo².

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Obteve-se a autorização das participantes e de seus responsáveis, por meio, respectivamente, do Termo de Assentimento e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Respeitou-se a Resolução 466/2012/CNS. Atribuíram-se nomes fictícios às adolescentes.

Resultados e discussão

Contexto existencial das adolescentes

As adolescentes residiam em bairros periféricos na Região Sul de Cuiabá. Neles, vive um grande número de pessoas com baixa renda e baixa escolaridade, sendo predominantes, entre os responsáveis pelos domicílios, rendimentos mensais de até dois salários-mínimos e quatro a sete anos de escolaridade¹³.

A idade média delas era de 16,3 anos. Quatro eram solteiras e viviam com os pais, sendo que três delas mantinham o relacionamento com o namorado do qual engravidaram. Oito moravam com os companheiros e tinham relacionamento estável, sendo duas legalmente casadas. Quanto às famílias das adolescentes: quatro tinham pais casados e convivendo; quatro possuíam pais separados; entre duas, um dos pais havia falecido; uma desconhecia o pai, e uma não informou.

Em relação à escolaridade, quatro adolescentes cursavam o Ensino Médio, e uma o Ensino Fundamental. Seis tinham interrompido os estudos no Ensino Médio, duas antes, e quatro depois da gravidez. Apenas uma concluiu o segundo grau. Todas utilizavam ou utilizaram apenas a rede pública de ensino. Nenhuma exercia atividade remunerada; todas se ocupavam do cuidado da casa e dependiam financeiramente do companheiro ou da família.

Quanto à reprodução, sete adolescentes estavam na primeira gravidez, quatro na segunda e uma na terceira. Contudo, só duas tinham um filho anterior. Todas iam regularmente ao pré-natal na ESF e o iniciaram no primeiro trimestre da gestação, exceto uma. Nenhuma tinha histórico de problemas médicos anteriores ou em curso.

Discurso social de adolescentes sobre o cuidado de si na gestação: vozes, fontes e comunidades representadas

Para as adolescentes do estudo, estar grávida requeria delas alguns cuidados com a saúde. Cuidar de si tinha basicamente o sentido de deixar de fazer determinadas coisas (por exemplo, comer alimentos considerados impróprios para a gestação e realizar atividades físicas que requeriam esforço) e incluir outras (como passar creme no abdômen e realizar o pré-natal), tendo em vista, sobretudo, a proteção da vida e saúde física do filho.

O repertório de cuidados valorizados pelas adolescentes tinha como referências expressivas:

1) pessoas próximas que lhes ensinaram/ensinavam o que sabiam, e com as quais intencionavam continuar a aprender ou consultar em caso de necessidade; e 2) as próprias experiências reprodutivas e de cuidado anteriores. Contudo, nas falas delas, entrelaçavam-se fragmentos de outros discursos sociais em circulação, como discursos culturais e da ciência sobre a reprodução, acessíveis a elas de algum modo em seu contexto, recortados e reposicionados por elas – pela aceitação, recusa ou projeção. Assim, foi possível apreender, em seus discursos, determinadas vozes, fontes e comunidades discursivas de mediação.

A gestação é tida, culturalmente, como um acontecimento especial para a mulher, de efetivação de seu papel social materno e de realização pessoal, mas que, de acordo com a ciência médica, gera fragilidades em seu corpo e necessidades de controle da saúde. Medicamente, as adolescentes são consideradas ainda mais vulneráveis aos problemas de saúde e com maior precisão de controle. Assim, elas são expostas a discursos sociais de cuidado de algumas fontes e comunidades que buscam controlar a experiência na relação com a saúde-doença e em suas implicações para o nascituro.

Dentre as vozes presentes no discurso das adolescentes, encontrou-se a afirmação do ideal da maternidade, uma vez que o cuidado da própria saúde articulou-se sobremaneira à preocupação com a saúde do filho.

O cuidado da mulher/adolescente grávida em função da saúde do bebê é um argumento largamente utilizado pela biomedicina como justificativa para a atenção profissional em saúde reprodutiva e para a coparticipação da mulher. Esse argumento reproduzido entre as adolescentes é parte da incorporação da responsabilidade com o ser boa mãe, uma atribuição social e moral dada à mulher. Isto é, vincula-se à consecução do ideal de maternidade que requer amor e sacrifícios da mãe pelo filho e dedicação da vida a ele¹⁴.

Outras vozes importantes localizadas foram o necessário controle de riscos à saúde e a realização do cuidado como prevenção, valorizando-se práticas cotidianas dependentes da própria disposição, de disciplina e de ações médicas individuais, além da busca de recursos do sistema popular de cuidado à saúde, sobretudo, na insuficiência do primeiro.

Desse modo, identificou-se, no discurso das adolescentes, a participação de fontes como a cultura de gênero, a cultura familiar e popular/do lugar e a ciência biomédica. Essas fontes revelaram-se, sobretudo, por meio da comunidade discursiva família, e, com menor importância, por meio de profissionais da saúde, por membros da comunidade e mídias intermediadas por determinados meios de comunicação.

A família foi mencionada pelas adolescentes como a principal referência: para o que afirmavam saber, para se inteirarem do que julgavam não saber, para o que faziam ou o que afirmavam que precisavam saber/fazer para cuidar da própria saúde e do filho. Para tratar do assunto (gravidez, maternidade e cuidados), a mãe ou a sua substituta (madrinha, avó), que representam a comunidade discursiva família, foram as pessoas imediatas acessadas, ambas reconhecidas como referências de eleição antes mesmo da gravidez.

O postinho não teve muito pra me ensinar, pra me explicar. Não, porque minha mãe sempre me aconselhou; sempre me explicou. Então, não teve muito do pessoal do postinho... (Julia, 16 anos, primeira gestação)

Eu converso com minha madrinha. [...] porque, assim, quando minha mãe faleceu, ela que me pegou pra criar. Assim, eu morava com meu pai, mas ficava mais na casa da minha madrinha e da minha vó. Aí converso mais com elas, sobre a gravidez. [...] Porque ela já passou por tanta experiência. (Ana, 17 anos, primeira gestação)

A competência atribuída à mãe/figura materna adveio do fato de ser mulher, de “ter mais” experiência e conhecimento que elas e de já ter vivenciado o evento da reprodução e de cuidado de filhos. Ou seja, o principal aspecto afirmado na construção do próprio saber-fazer em torno do cuidado de si foi o conhecimento oriundo da experiência acumulada do membro familiar, reforçado pelo fato de ser possível acessá-la de forma contínua, compreensível e imediata.

Converso com a mãe. Pelo fato de ela ser mais experiente. Ela também já passou por isso. Então ela sabe. Qualquer coisa que a gente sente – uma dor –, eu falo pra ela: “Ó mãe...” E ela: “É normal”. “Ah mãe, to sentindo dor disso...” E ela: “É normal”. Aí toda vez que eu tenho dúvida, essas coisas, eu pergunto pra ela, eu converso com ela [...]. (Carla, 17 anos, segunda gestação, segundo filho)

A importância dada à mãe condiz com achados de um estudo realizado no Paraná, com o objetivo de compreender a relação mãe e filha na construção da identidade na adolescência. Os autores identificam a importância atribuída àquela por adolescentes de escolaridade Média e Superior, para partilharem vivências marcantes. Também apontam que as mesmas dão grande valor à companhia e à ajuda materna e confiam na mãe, atribuindo a ela a condição de “mulher única e especial”. Nas discussões consideram que a mãe constitui a principal figura de identificação das filhas, que as ajuda a compreenderem os seus papéis sociais e a própria feminilidade¹⁵.

Além disso, a mãe ou quem a substitui são vistas socialmente como tendo o papel de mediadoras entre a adolescente e os acontecimentos externos, sobretudo os especiais¹⁵, como a gravidez-maternidade e, por exemplo, o cuidado desta em serviços de saúde.

Desse modo, contribui para a eleição e afirmação da mãe, como interlocutora da principal fonte/comunidade a respeito dos cuidados de saúde na gestação e dos cuidados do filho, o fato de a mesma estar próxima, disponível ou junto quando as adolescentes precisam da sua ajuda e o fato de ser considerada experiente, confiável, admirável e figura a ser espelhada.

Embora as adolescentes deste estudo identificaram-se, primeiramente, com a mãe, também deram importância a outras mulheres da família – avós, sogra, tias, irmãs – e, também, a homens da família – ao tio, marido e pai. Nesses casos, igualmente contribuiu para isso o reconhecimento de um saber derivado de suas experiências, o contato próximo e confiável e a demonstração de interesse e ajuda. Assim, as adolescentes constituíram os seus discursos com base em sentidos construídos em torno do papel da família na sociedade.

Minha sogra me ajuda bastante, também; tipo, se eu não sei de alguma coisa, eu pergunto pra ela; ela sabe, ela me ajuda. (Laura, 17 anos, primeira gestação)

Meu tio me ajuda também, em casa, meu tio também é experiente. Pergunto pra ele, pra minha mãe, minha vó. (Ingrid, 16 anos, segunda gestação, primeiro filho)

Quando eu posso, quando eu vejo a minha vó, eu converso com ela, pergunto algumas coisas. A minha vó já é mais velha, já sabe mais, tem experiência... Algumas coisas também falo com meu marido. Mais, assim... Mais é minha mãe mesmo, que tá o tempo todo do meu lado. (Julia, 16 anos, primeira gestação)

A família é representada como uma importante rede de proteção e segurança para os seus membros. Mesmo quando esses laços não são efetivos, a importância dela é considerada expressiva¹⁶.

Desse modo, as referências discursivas e as práticas da família – de membros mulheres e homens – em torno da reprodução foram valorizadas pelas adolescentes. Não obstante, as referências de cuidado destas recaíram, sobretudo, sobre as mulheres da família, em face das suas experiências com o processo e, além disso, ao papel social que, tradicionalmente, exercem nas ações de cuidado da casa e da família.

O desempenho desse papel é historicamente atribuído à mulher, a despeito das mudanças atuais nessa compreensão sociocultural. Isto é, mulheres cuidam dos filhos e do que eles necessitam, acompanham mais de perto suas experiências, cuidam de sua saúde e, se necessário, mobilizam recursos médicos oficiais e não oficiais para atender necessidades nessa esfera. Daí serem referências importantes na construção dos discursos das adolescentes.

Embora a família fosse a principal comunidade de referência para os saberes e as práticas de cuidado à saúde das adolescentes, também mencionaram o contato com mídias, por intermédio dos meios de comunicação internet (computador) e televisão (TV), embora com menor ênfase. Na TV acessam novelas, filmes e reportagens:

Eu sou mais assim, pesquisar na internet. [...] Se eu tenho internet eu sou mais de pesquisar do que falar com as pessoas... (Diana, 18 anos, segunda gestação)

Também, a gente vê vários casos, né? De mãe que não cuida bem, não se alimenta; como o neném nasce, às vezes, prematuro; outro com algum problema. Eu vejo bastante isso, na televisão ou perto de casa mesmo eu vejo bastante. Aí, eu me cuido mais. (Ana, 17 anos, primeira gestação)

Estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, com dois grupos de jovens de configuração socioeconômica contrastante, para compreender o vivido por eles no que concerne à saúde, apontou que a mídia se fez presente em ambos os grupos¹⁷.

As comunidades discursivas dos grupos coincidiram em boa parte, apresentando diferenças sensíveis em relação à ênfase conferida a essas comunidades, relacionada claramente aos contextos de cada grupo. Analisando a mídia, particularmente a TV, as autoras apontaram a existência de uma concorrência discursiva, com alguns sentidos legitimados mais que outros.

Além do observado da vivência de outros da comunidade onde elas moram, também o experimentado pelas adolescentes influi em seus repertórios discursivos. Nesse sentido, a experiência prévia de cuidado de outras crianças/bebês foi valorizada por adolescentes como uma fonte a respeito do futuro cuidado do filho.

Ah, eu tô me sentindo (preparada), eu não vejo a hora que sai logo. [...] É porque eu já sou profissional no negócio [risos]. É porque eu já cuidei do meu irmão. Eu sempre trabalhei só de babá; eu sempre cuidei só de bebezinho [...]. (Ingrid, 16 anos, segunda gestação, primeiro filho)

A adolescente Carla, 17 anos, que enfrentou problemas médicos na sua primeira gravidez, considerou, a partir da própria experiência, a necessidade de concretizar os cuidados pré-natais em um serviço de saúde:

Eu tive (o primeiro filho) 10 horas da noite. No outro dia, oito horas eu já fui liberada. Aí todo dia eu ia lá, mas não gostava de ver ela assim. Porque só chorava. Com tudo aquilo de aparelho nela. [...] Eu já imaginava, por causa que o médico falou que a culpa era minha, que a chance de ela viver era zero. [...] Ele falou: “ah, que você qué falou? Você não sabe nem o sexo da criança, não fez nada. Olha só esse cartão aqui, só tem seu nome.” [...] Ai entrei mais em desespero. Você já sabe que se a criança nascer antes do tempo a chance de viver também fica bem baixa. [...] Eu fui ver ela no outro dia, quando foi de manhã eles me ligaram do hospital falando que ela tinha falecido, que era pra ir lá pegar o corpo dela. Aí chorei muito, entrei em

desespero. [...] Aí, desse agora (gravidez atual), desde o começo, quando descobri que tava grávida, já vim cuidar.

A experiência constitui um saber singular, que é distinto do saber científico, e configura-se na relação entre o conhecimento e a vida. Ela é uma espécie de mediação entre ambos¹⁸. Assim, a vida habitada é uma das fontes dos discursos das adolescentes, que também modela os sentidos que atribuem ao que necessitam e ao cuidado do filho e de si.

As experiências das adolescentes do estudo com os serviços de saúde eram iniciais, contudo, afirmaram cuidados do repertório biomédico, como: o pré-natal sistemático, a realização de alguns exames recomendados, em especial, o ultrassom; e o uso de medicamentos, como o sulfato ferroso, o ácido fólico, o paracetamol e outros.

O conhecimento científico foi uma das fontes dos discursos das adolescentes representada, sobretudo, pela comunidade discursiva dos profissionais do pré-natal. Dentre esses, deram destaque ao médico:

Ah, eu tiro (dúvidas) com o médico [...] Porque muita gente fala tanta coisa, a sua cabeça aí... Igual no meu caso, eu, alguns tempo atrás, tava tendo uma dor na região do “imbigo”. Eu perguntava pra um, num sabia respondê, perguntava pra outro, num sabia respondê... Aí eu cheguei no médico e perguntei que que era isso que tava doendo, e eu tava inchando muito cedo... Aí ele falou: “seu inchaço é normal e esse negócio no imbigo é porque o nenê tá mexendo e conforme ele mexe ele puxa o cordão, aí dói” Ele falou que era normal. (Julia, 16 anos, primeira gestação)

Nesse fragmento, pode-se perceber o confronto a um dos discursos que valorizam – de pessoas de sua família ou de sua comunidade – tendo, por contraponto, referências do saber médico.

Embora profissionais sejam mencionados como uma das comunidades de referência para o cuidado à saúde entre as adolescentes, eles não são comunidades prioritárias nem exclusivas na construção dos sentidos entre elas, concorrendo com outras. Isso não significa que as adolescentes não tenham conhecimentos biomédicos como uma importante referência. Ideias relativas à alimentação saudável segundo meios científicos, por exemplo, encontradas em seus discursos, são divulgadas não só por serviços de saúde e seus trabalhadores, mas, também, por meios de comunicação, escolas e pessoas que têm contato com eles, como conhecidos da comunidade e membros da família.

Nesse sentido, fragmentos do repertório de cuidados médicos parecem ter uma influência importante na composição do discurso das adolescentes. Possivelmente as suas famílias os afirmem. Tanto que a mãe, principal referência das adolescentes, com a sua experiência e o seu saber próprio, mediou a inclusão de fragmentos do saber dos profissionais no discurso e prática das adolescentes.

Ingrid: minha mãe proibiu eu de tomar qualquer um remédio.

Gabi: eu tomo só o que a médica passou agora.

Helena: dor de cabeça, eu tomo paracetamol, a médica passou.

Ingrid: eu também. Minha mãe não deixa eu tomar, nem a pau. Ela quer perder a neta? [risos].

O discurso da comunidade família, que serve de base às adolescentes, assim como o discurso peculiar delas, é constituído na inter-relação e disputa de várias vozes, oriundas de variadas fontes e comunidades. Quer dizer, cada fonte e cada comunidade discursiva articulam o seu específico discurso em um processo de concorrência com outros saberes. O discurso médico-científico é hegemônico em nossa cultura, sendo veiculado por várias comunidades discursivas. Ele é popularizado, acessado pelas pessoas no contato com os serviços de saúde, pela mídia, nas escolas, dentre outras formas.

Com as mudanças nas práticas de cuidado à saúde/saúde da mulher na história, a reprodução/gestação deixou de ser um evento fisiológico, considerado normal, para se tornar institucionalizado, médico, normatizado. Desde os anos 1980, ao se ampliar, no país, a atenção à saúde da mulher, com ações educativas, preventivas, de diagnóstico e tratamento, estabeleceu-se um protocolo de ações de acompanhamento pré-natal nas unidades básicas de saúde¹⁹.

Assim, o cuidado de si na gestação passou a ser associado a essas ações, em especial, ao acesso à consulta médica, exames de controle, medicamentos, orientações e outros. Portanto, os sentidos construídos, pelas adolescentes do estudo, em torno dos cuidados profissionais estão conectados ao modelo de atenção hegemônico socialmente valorizado e ofertado, reafirmado por elas em alguns de seus componentes.

O cuidado de si também foi pensado e afirmado a partir de recursos do sistema de cuidado tradicional. Nos discursos das adolescentes, há ideias relacionadas a esse específico sistema, além do sistema médico e do familiar.

Eu também tive disso, problema no intestino, e eu ainda acho que o sulfato ferroso ajuda mais ainda, você tê mais pressão... Prendê... Daí cê sente aquela dor, igual esses dia eu levantei três hora da manhã por causa de prisão de ventre e num dormi mais. [...] Aí tudo que o povo "ah aquilo ali é bão pro cê" se o povo falá que pedra é bão pra passá a dor, minha fia... eu to comeno [risos das meninas]. (Julia, 16 anos, primeira gestação)

Dentro do seu universo existencial, as adolescentes acessam e incorporam leituras diversas acerca de terapêuticas possíveis, que se mostram justapostas e, por vezes, antagônicas. As adolescentes estão muito próximas de conhecimentos e práticas tradicionais de cuidado à saúde nas comunidades onde vivem, têm contato direto com os recursos familiares, assim como estão sujeitas ao discurso médico-científico que afirma o consumo sistemático de suas tecnologias.

A medicina tradicional é orientada por modelos culturais, religiosos e outros, e é produzida por agentes populares. Suas ações baseiam-se em produtos naturais e sobrenaturais. Já a medicina familiar orienta-se por prescrições profissionais e/ou populares e outras pessoais e familiares²⁰.

Do conjunto dos discursos das adolescentes sobre o cuidado de si na gestação, é possível apreender a sua forte associação com a ideia de riscos e prevenção, por meio de mudanças comportamentais, pela afirmação de algumas ações médico-assistenciais do serviço básico de saúde, e, mesmo, de outros sistemas de cuidado, como o familiar.

De acordo com o discurso médico hegemônico, é em torno da ação da prevenção que as ações de saúde do nível local devem se pautar. Meios de comunicação e a escola também trabalham com esse enfoque, cuja preocupação volta-se, no caso dos adolescentes, aos seus estilos de vida.

A relação do ser humano com o futuro pode se pautar em pontos de vista tradicionais, mas a perspectiva científica de risco é cada vez mais vigorosa. Trata-se da proposição de um modo racional de pensar e agir que, no senso comum, imprime a fuga dos riscos (negativos) ou a busca de um estilo de vida mais sadio, administrado por cada um²¹.

A divulgação dessas ideias e suas misturas têm largo espaço na mídia. Inúmeros riscos à saúde e comportamentos (relacionados com a alimentação, os exercícios físicos, entre outros) direcionados ao julgado controle daqueles são objetos de ação de educadores e pais, de programas de TV, de revistas para leigos, e resultam na oferta continuada de novos produtos e serviços. Essas ideias transpõem o ambiente sociocultural e constituem discursos e sentidos tais como os apresentados.

De forma sintética, no mapa da comunicação a seguir (Figura 1), sumarizam-se as vozes, fontes e comunidades discursivas reconhecidas na composição da rede de produção de sentidos de adolescentes em seus discursos sobre o cuidado de si na gestação.

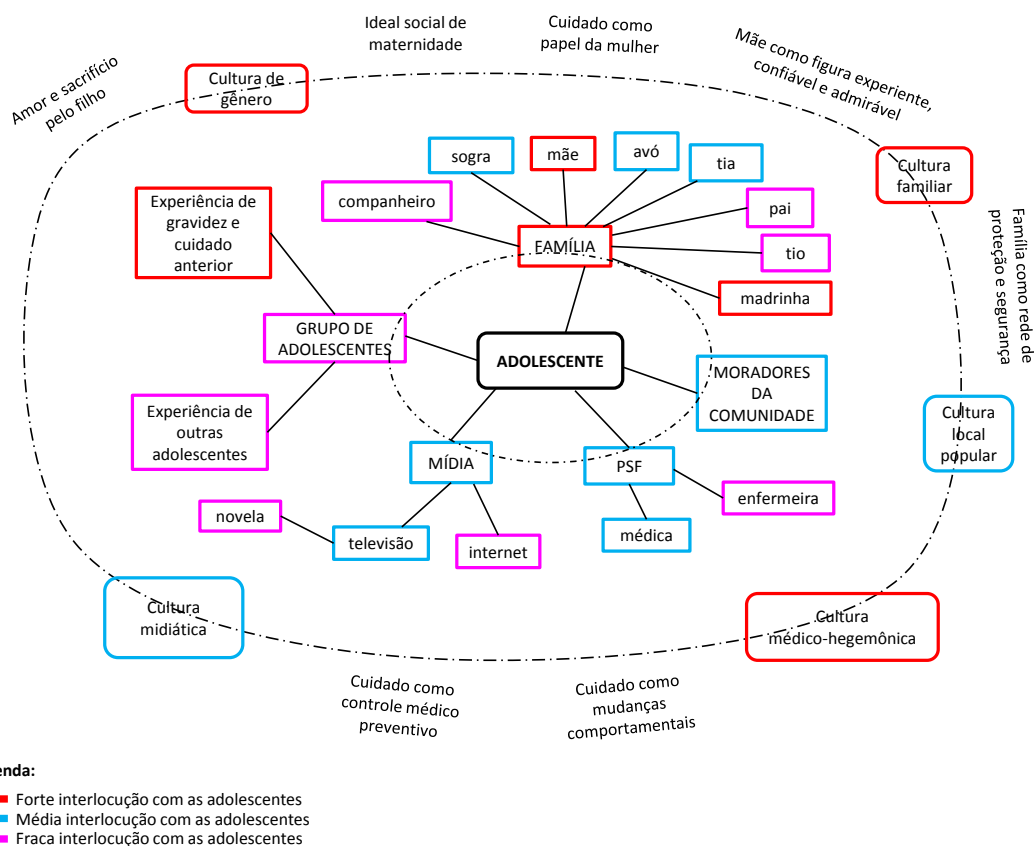


Figura 1. Mapa da comunicação sobre o cuidado de si de adolescentes grávidas: vozes, fontes e comunidades discursivas. Cuiabá, MT, Brasil.

Quando se põem em cena inúmeras articulações entre as várias comunidades discursivas, com os seus específicos discursos em torno de algo, tem-se expressa uma rede social de sentidos cuja articulação e embates, muitas vezes, não são percebidos em função da naturalização dos saberes. Entretanto, as várias vozes articuladas nos discursos correspondem a diferentes interesses, defesas e posições na estrutura social e, por essa razão, devem ser criticamente conhecidas^{6,8}.

O cuidado pré-natal institucionalizado precisa considerar essas múltiplas vozes, fontes e comunidades que compõem a rede social de sentidos construídos pelas adolescentes a respeito do cuidado que necessitam, a fim de qualificar o cuidado ofertado a elas, em um contexto de reconstrução do modelo biomédico em direção ao modelo de atenção integral e humanizada.

Considerações finais

Evidenciamos, neste estudo, a produção social dos discursos e sentidos de adolescentes grávidas sobre o cuidado de si por meio do mapa da comunicação. A principal comunidade discursiva de referência para as adolescentes é a família, sendo a mãe ou outra figura materna a sua principal representante. Os profissionais do pré-natal, onde elas acompanham a sua gravidez, não constituem uma comunidade importante para elas. Contudo, os cuidados científicos biomédicos, como o controle de riscos via práticas preventivas comportamentais, constituem, respectivamente, uma fonte e uma voz relevantes.

Assim, destacamos a necessidade de esta rede de produção de sentidos ser considerada, pelos profissionais de saúde, em suas ações assistenciais de Cuidado, assim como os contextos de vida e saúde nos quais as adolescentes interagem, em suas dimensões social, cultural e relacional, para que os serviços de saúde constituam-se em referências importantes para as várias necessidades de saúde daquelas.

Ressaltamos que, para compreender o discurso de adolescentes grávidas sobre o cuidado de si neste evento, é preciso situá-lo no contexto social e intersubjetivo correspondente e explicitar as vozes, fontes e comunidades discursivas nele presentes, reconhecendo o seu significado político. Os discursos dizem muito a respeito das ideologias e das práticas de poder, e funcionam não só na representação dos fenômenos, mas, também, na construção de relações sociais e na estruturação, reafirmação e contestação de hegemonias.

Nesse sentido, o mapa da comunicação pode ser usado como um instrumento de diagnóstico da saúde de adolescentes, pelos serviços e profissionais do pré-natal. A sua construção também pode ser um rico aliado no desenvolvimento de uma visão crítica sobre a gravidez e o cuidado a ela, não só para o profissional, mas, também, pelas próprias adolescentes e suas famílias, à medida que reconheçam de onde emanam os seus discursos, as relações de poder e de reprodução das desigualdades sociais que exprimem. Igualmente, pode ser usado como um instrumento de superação da visão tradicional de comunicação no campo da atenção à saúde e da educação, entre os profissionais em formação ou já inseridos no campo da prática com adolescentes.

Colaboradores

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

Referências

1. Foucault M. *Histoire de la sexualité 3: Le souci de soi*. Paris: Gallimard; 1984.
2. Araujo IS. O mapa da comunicação ou como deixar de olhar para o próprio umbigo e perceber a rede de sentidos da saúde. Niterói: Fundação Oswaldo Cruz. Centro de Informação Científica e Tecnológica, Núcleo de Pesquisa e Ensino em Comunicação e Saúde; 2006.
3. Jabra KL. *Consulta de enfermagem de pré-natal na Saúde da Família em Cuiabá: reflexo burocrático e normalizador do social [dissertação]*. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso; 2013.
4. Melo MCP, Coelho EAC. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(5):2549-58.
5. Araújo IS. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2004; 8(14):165-77.
6. Araújo IS. Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saude*. 2009; 3(3):42-50.
7. Bakhtin MM, Volochinov VN. *Marxismo e filosofia da linguagem*. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
8. Araújo IS. Mercado simbólico: interlocução, luta, poder - um modelo de comunicação para políticas públicas [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.
9. Melo MM, Goulart BF, Parreira BDM, Machado ARM, Silva SR. O conhecimento de puérperas adolescentes sobre o cuidado com recém-nascidos. *Cienc Cuid Saude*. 2011; 10(2):266-73.
10. Silva LA, Nakano AMS, Gomes FA, Stefanello J. Significados atribuídos por puérperas adolescentes à maternidade: autocuidado e cuidado com o bebê. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(1):48-56.
11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(2):389-94.
12. Fairclough N. *Discourse and social change*. Cambridge: Polity Press; 1999.
13. Prefeitura Municipal de Cuiabá. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano. Diretoria de Urbanismo e Pesquisa. *Perfil socioeconômico de Cuiabá*. Cuiabá: Central de Texto; 2012. v. 5.
14. Badinter E. *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
15. Seron C, Milani RG. A construção da identidade feminina na adolescência: um enfoque na relação mãe e filha. *Psicol Teor Prat*. 2011; 13(1):154-64.
16. Portugal S. *Famílias e redes sociais: ligações fortes na produção de bem-estar*. Coimbra: Edições Almedina; 2014.
17. Serra GMA, Araujo IS, Santos EM. Comer com os olhos: discursos televisivos e produção de sentidos na promoção da saúde nutricional de adolescentes. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saude*. 2012; 6(4):s.p.
18. Bondía JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Rev Bras Educ* 2002; (19): 20-8.

19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
20. Teixeira E. Revisitando o cuidar cotidiano de saúde à luz do pensamento de Boaventura de Sousa Santos para tornar visível um espaço cuidativo. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2003; 7(2):219-30.
21. Castiel LD, Guilam MCR, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.

Araujo NB, Mandú ENT. Producción de sentidos entre adolescentes respecto al cuidado de sí durante el embarazo. Interface (Botucatu). 2016; 20(57):363-75.

Durante el prenatal, los profesionales en general tienden a desconsiderar la red de producción de sentidos de las adolescentes sobre el cuidado de sí durante el embarazo. En este artículo, se busca evidenciar esa red en situaciones concretas, con foco en fuentes y comunidades de referencia para adolescentes de áreas pobres de Cuiabá-MT, las cuales se hallan sintetizadas en un mapa. La información deriva de un estudio cualitativo, realizado a lo largo de 2014-2015, con 12 adolescentes embarazadas, y fue obtenida por medio de grupos focales, entrevistas individuales, consultas a registros médicos y análisis en preceptos y categorías de Análisis Crítico del Discurso. Aquí, es posible observar que la principal comunidad discursiva de referencia es la familia, aunque profesionales de salud, medios de comunicación y algunos conocidos también intermedien en la construcción de sus discursos. Los conocimientos biomédicos y el cuidado, como por ejemplo el control de riesgos en prácticas preventivas conductuales, son, respectivamente, la fuente y voz más relevantes encontradas dentro del estudio. Se afirma aquí que entender esas peculiaridades facilita al profesional la búsqueda de mejores formas de relacionarse con adolescentes y de ampliar su autonomía.

Palabras clave: Comunicación en Salud. Mapa del mercado simbólico. Embarazo adolescente. Atención Prenatal.

Submetido em 04/05/15. Aprovado em 21/09/15.

Expressões do processo de governamentalização nas Residências em Saúde

Daniela Dallegrave^(a)
Ricardo Burg Ceccim^(b)

Dallegrave D, Ceccim RB. Expression of the governmentality process in Health Care Residencies. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(57):377-87.

The paper presents an essay on the concept of governmentality according to Michel Foucault and some of its expressions in the everyday life of the Health Care Residency programs. The process of building the learning images in the programs showing how this concept appears, was developed based on a PhD research concluded in 2013.

Keywords: Health care residency. Governmentality. Public Health.

O artigo apresenta um ensaio sobre o conceito de governamentalidade em Michel Foucault, e algumas de suas expressões no cotidiano dos programas de Residência em Saúde. O processo de constituição das imagens da aprendizagem nos programas que demonstram a insinuação deste conceito foi organizado a partir de pesquisa de doutorado, concluída em 2013.

Palavras-chave: Residência em Saúde. Governamentalidade. Saúde Pública.

^(a) Escola GHC, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Av. Francisco Trein, 326, Bairro Cristo Redentor. Porto Alegre, RS, Brasil. danidallegrave@gmail.com

^(b) Departamento de Assistência e Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. ricardo@ceccim.com.br

Apresentação

Este ensaio enuncia parte dos resultados da tese de doutorado intitulada *Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas*, defendida no Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em dezembro de 2013. O texto aqui apresentado concentra-se em discutir o conceito de governamentalidade de Michel Foucault, e suas expressões na institucionalização das Residências em Saúde no Brasil, especialmente as Residências em Área Profissional da Saúde.

A pesquisa original reuniu material de conversas realizadas com pessoas envolvidas com as Residências em Saúde presentes: no I Encontro Gaúcho, no II Encontro Nacional de Residências em Saúde e no X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, eventos ocorridos em 2012, na cidade de Porto Alegre/RS. Também foi analisada a legislação sobre Residências em Saúde, totalizando 18 documentos (11 acerca da Residência Médica e sete sobre as Residências Multiprofissionais). A pesquisa acolheu manifestações livres e interessadas, por meio de panfleto que apresentava a questão: “Como você expressaria uma experiência de aprendizagem na Residência em Saúde (Imagem, som, narrativa, poesia...)?” As respostas foram recebidas por e-mail. O material empírico foi organizado a partir de emergentes e explorado sob a perspectiva de análise discursiva de Michel Foucault¹.

A proposta metodológica apresentou características dos estudos cartográficos. No entanto, foram tecidas articulações, com o andar de Alice pelo País das Maravilhas, relatando encontros com o Coelho Branco de olhos cor-de-rosa, despertando a curiosidade de pesquisa e oferecendo os nós de coerência ao topar com situações inusitadas. Relatando o processo a partir desse andar de Alice, optou-se por não apresentar as falas dos habitantes do País das Maravilhas (participantes do estudo e produtores das informações), uma vez que esse País foi sendo construído a partir do que Alice sentia, da forma como foi tocada pelo que ia encontrando em seu caminhar.

A constituição da questão da tese, no que tange a oferecer contornos ao conceito de governamentalização, partiu da percepção empírica vivenciada nos papéis de residente, preceptor e coordenador no cotidiano dos programas de Residências em Saúde, da eminência de uma série de proposições que objetivavam organizar e regular os processos de aprendizagem em serviço, em especial, discussões acerca da formulação curricular. Dessa percepção partiram os seguintes questionamentos: haveria necessidade de padronizar o ensino nas Residências? Quais seriam os limites de uma formação curricularizada? De que modo essa governamentalização se ocupava em potencializar os ensinamentos do ensino em serviço na saúde? Ensi-g-nar, ideia constituída a partir de Deleuze², é a possibilidade de aprender com os signos.

Essas questões formaram o interesse inédito desta pesquisa, mas, também, eram perguntas circunscritas a uma agenda política, a uma agenda que era pública e que interessava aos pesquisadores e aos participantes dos itinerários formativos da Residência.

O artigo está estruturado nas seguintes seções: **Governamentalidade em Michel Foucault**, onde é apresentado o conceito central; **Processo de governamentalização das Residências em Saúde**, na qual o leitor é convidado a imaginar uma situação que possibilita a construção do pensamento em torno da questão que orienta a escrita do texto; **A governamentalização no País das Maravilhas**, em que se apresentam os resultados da pesquisa de base da tese no que tange ao conceito de governamentalidade e suas expressões no processo de governamentalização das Residências em Saúde; e, por último, as **Conclusões**, nas quais são retomados os elementos da formulação teórica que permitem colaborar para reflexão sobre a atual política de formação nas Residências em Saúde, reforçando seu indiscutível papel no que tange a formar trabalhadores para o SUS (Sistema Único de Saúde).

Governamentalidade em Michel Foucault

Por governamentalidade, consideram-se os estudos empreendidos por Michel Foucault a partir de 1978, no deslocamento operado no eixo do poder disciplinar, passando pelo biopoder, para, enfim, chegar à governamentalidade. Esses três conceitos são diferentes tecnologias do poder, as quais coexistem nos complexos arranjos da sociedade ocidental depois do século XVI³.

Para chegar à governamentalidade, Foucault falou de um poder disciplinar materializado na figura do panóptico, onde as relações disciplinares e a ortopedia do corpo eram os principais objetivos, ou seja, uma tecnologia que funcionava para regular a ação sobre os corpos e seus atos. Tratou também de um biopoder cujo objetivo era o corpo e a vida, mas tomados como pertencentes a uma espécie, a um conjunto, a uma multiplicidade conhecida como população, à qual se impõem regularidades e leis. Neste sentido, a governamentalidade marca uma transição: interessa o governo dos outros, articulado com o governo de si, com práticas e exames colocados em funcionamento para que cada um se governe³. A governamentalidade foi denominada pelo filósofo como o “encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si”⁴ (p. 2).

Foucault⁵ registra o seu entendimento da palavra governamentalidade a partir: 1) do agrupamento composto por instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que possibilitam o exercício desse poder, que objetiva alcançar a população, utilizando o saber da economia política e, como instrumento, os dispositivos de segurança; 2) da tendência a este poder chamado de governo sobre os outros, que carrega consigo aparelhagem específica para governar e desenvolve uma série de saberes; 3) da constatação de o Estado estar se governamentalizando. Na questão específica do governo dos indivíduos, Foucault⁶ refere que é preciso que se conheça a cada indivíduo e a cada conduta para que o governo se exerça.

No texto “*Omnes et singulatum*”: uma crítica da razão política – na primeira parte, o tema da governamentalização é visto como o desenvolvimento de “técnicas de poder voltadas para os indivíduos e destinadas a dirigi-los de maneira contínua e permanente”⁷ (p. 357), mostrando traços de um poder pastoral que serve a todos e a cada um, ressaltando a importância com que esta temática foi tomada no pensamento cristão e nas instituições. Neste sentido, Deus e o rei desempenhavam o mesmo papel no cuidado do seu rebanho, que era o povo. A associação entre essas duas figuras acontecia naturalmente⁷.

Quatro características do poder pastoral integram a arte de governar, a qual se constitui a partir dele: 1) o pastor exerce o poder sobre um rebanho, mais do que sobre uma terra; 2) o pastor reúne, guia e conduz seu rebanho; 3) o pastor deve assegurar a salvação do seu rebanho; 4) o exercício do poder é um dever. Tudo o que o pastor faz é para o bem do rebanho. Para cumprir essas características, o pastor deve conhecer o conjunto do seu rebanho e, também, o detalhe de cada um⁷. A especificidade característica do poder pastoral consiste na relação de obediência entre os indivíduos, ou seja, um que dirige e outro que é dirigido.

A partir da análise sobre o que faz um pastor, em determinadas épocas, foi possível dizer se o rei era ou não uma espécie de pastor⁷. A diferença entre eles é que o pastor é responsável sozinho por cuidar, alimentar e organizar a reprodução, tratar das pessoas quando doentes, reuni-las etc. O rei divide essas funções com outras pessoas como: o padeiro, o profissional de saúde, o guarda, o pedagogo etc. Foucault⁷ (p. 365) refere que, com Platão, a ideia de que “os homens que detêm o poder político não são pastores” ficou vigente junto com a noção de que a função do político seria assegurar a unidade da cidade.

Na segunda conferência de “*Omnes et singulatum*”: uma crítica da razão política, Foucault⁷ tratou de mostrar como este poder pastoral se associou ao seu contrário: o Estado. Neste sentido, diz o filósofo⁷ (p. 373) que “a doutrina da razão de Estado tentou definir em que os princípios e os métodos do governo estatal diferiam, por exemplo, da maneira como Deus governava o mundo, o pai, a sua família ou um superior, a sua comunidade”. A razão de Estado configura-se, então, como uma arte de governar que funciona como uma técnica que se molda a determinadas regras.

É por isso que o governo só é possível se a força do Estado for conhecida: para poder manter-se. Em resumo, a razão de Estado é um governo em concordância com a potência do Estado e que objetiva manter e aumentar essa potência⁷. O aumento da potência de Estado, naquela época, dependia da ação da polícia, que também deveria manter as pessoas felizes. No século XVIII, o papel da polícia abrangia velar: pela religião, a moralidade, a saúde e a segurança pública; pelas provisões, as estradas, as pontes, as calçadas, as artes e as fábricas; pelo comércio, pelos empregados domésticos, os edifícios públicos e os pobres. O objetivo do governo, pela razão de Estado, era qualificar os “elementos constitutivos da vida dos indivíduos de tal forma que seu desenvolvimento reforce também a potência do Estado”⁷ (p. 383).

Ao tratar de O Príncipe, de Maquiavel, no curso “Segurança, Território, População”, Foucault⁵ refere que havia uma intenção de deixar assinalada a descontinuidade entre o poder do príncipe e outras formas de poder. Chama ainda a atenção para as continuidades ascendentes, que se referem à capacidade de bem governar a si, à família e a seus domínios, para chegar ao governo do Estado; e à continuidade descendente, que podia ser vista quando um Estado era bem governado, quando os pais de família sabiam bem governar os bens e a propriedade, bem como os indivíduos se dirigiam como convém. Neste sentido, a continuidade ascendente era garantida pelo príncipe e a descendente pela polícia.

Partindo dessa noção de continuidade, percebe-se que o governo é de muitos, conforme já mencionado: “o pai de família, o superior do convento, o pedagogo, o professor em relação à criança ou seu discípulo”⁵ (p. 124). Também há o governo do príncipe. A partir dessas figuras que governam, operam-se três tipos de governo: um governo de si, que é moral, o governo da família, que pertence à economia, e o governo do Estado, que pertence à política.

Nas práticas de governo, o que estaria em questão seria o exercício do poder e a manifestação da verdade, isto é, um ritual de manifestação da verdade, por procedimentos verbais ou não, sustentado pelo exercício de poder. Governo ou governamentalização, nas palavras de Foucault⁶ (p. 43), seriam os “mecanismos ou procedimentos destinados a conduzir os homens, a dirigir a conduta dos homens, a conduzir a conduta dos homens”. Neste sentido, diversos mecanismos de governo colocam-se em funcionamento nas leis, portarias, diretrizes, resoluções e projetos pedagógicos de RIS/RMS, operando na governamentalização das práticas realizadas nos encontros de aprendizagem no trabalho.

A pergunta que convocou pensar esta questão foi: como essa forma de poder em processo, chamada governamentalização, que age de maneira capilar e insidiosa, configura-se na condução e direção do que e como aprender na educação pelo trabalho?

A proposta de pesquisa da tese foi escutar os atores – residentes, preceptores, coordenadores, e quem mais estivesse interessado – em conversas nos e sobre os encontros de aprendizagem, articulando com os instrumentos gerados pela CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, vista aqui como aparelho do Governo, e que opera a governamentalização. A Comissão se compõe com: os gestores do Ministério da Educação, representação de instituições de ensino (gestão da educação), associações de ensino (gestão de relações de ensino-aprendizagem), conselhos e sindicatos profissionais (gestão da profissão e do trabalho) e gestores federal, estaduais e municipais do sistema de saúde (governo/administração pública). Além desses, a representação dos residentes e dos coordenadores de Programas de RIS/RMS.

A proposição de diretrizes de ensino ou, mesmo, de um currículo também participa dos modos de colocar na cena elementos do governo que estarão junto com os signos, presentes nos encontros, provocando ensinamentos.

Nas Residências em Saúde, coexistem o movimento inventivo, nascente e emergente de atores, em escuta problemática e um processo de regulação, regulamentação e regramentos em emergência reativa. Na educação em Residências, participa o trabalho educativo e, também, uma curricularização da formação no trabalho. A curricularização, uma das táticas do processo de governamentalização, requer um currículo-Assentado⁸, desfazendo e resolvendo todos os problemas inventados pelo Problemático. Os encontros de aprendizagem requerem um currículo-Problemático, agenciam sensibilidade, acumulações e pensamento para a “potência interrogativa e problematizadora dos signos”, sacrificando a “facilidade das cognições” (p. 136).

Um currículo-Assentado e um currículo-Vagamundo ou currículo Problemático não existem únicos ou vitoriosos um sobre o outro em cada proposta didático-pedagógica. Entretanto, podem sinalizar a intenção dos propositores de regramentos, regulamentos, regulação e monitoramento. O que querem os propositores?

Processo de governamentalização das Residências em Saúde

A fim de possibilitar ao leitor a visualização prática do problema de pesquisa, apresentamos abaixo uma imagem inventada. Esta imagem oferece um convite a um passeio pelos pensamentos. Por onde

vamos passear? A resposta é: você escolhe! As opções são: uma Unidade de Saúde da Família – USF, um Centro de Atenção Psicossocial – Caps, uma unidade de emergência hospitalar, uma unidade de terapia intensiva, um consultório na rua, um centro obstétrico, uma unidade de tratamento de câncer. Pode ser qualquer lugar onde se faça uma prática de assistência à saúde, especialmente no SUS, visto que as Residências são caracterizadas como estratégia de formação de profissionais para qualificar esse sistema.

Assim, após escolher o lugar, propomos observar que pessoas estão trabalhando nele e que rotina de trabalho elas têm. Em um cenário típico desse lugar, temos profissionais com papéis bem definidos: a secretária, que atende aos telefonemas, recebe os usuários ou familiares, encaminha cada questão a seu fluxo; o auxiliar em enfermagem, que está ali para executar suas funções de cuidado, atestadas por seu conselho profissional; o enfermeiro, que recebe os plantões ou atende consultas e faz o que lhe é privativo; o nutricionista, o médico, o assistente social, e assim por diante. Cada um faz aquilo para o que foi formado.

Imaginemos, agora, que esta equipe recebe um novo profissional. Pode ser de qualquer profissão. Alguns profissionais vão se aproximar para auxiliar na chegada do novo colega, uns por afinidade, outros por empatia, e outros por responsabilidade (se for da mesma categoria, por exemplo). Apesar disso, nenhum terá compromisso formal, a não ser que seja designado pelo gestor, para fazer tal recepção.

No passeio que estamos fazendo, propomos pensar em como seria esta mesma equipe – denominada equipe fixa – recebendo uma outra equipe, composta por três ou quatro residentes (também não interessa, neste momento, pensar na profissão)? Antes de recebê-los, porém, a equipe participaria de conversas sobre Residência, e, apesar de não saber muito bem do que se tratava, estava aberta para esse encontro. Tiveram que tomar algumas decisões, ou receberam notícias de decisões já tomadas. Decisões que já interferiram nos papéis desempenhados por cada um na equipe. Um deles ou dois, quem sabe, se tornaram preceptores. Todos eles, embora muitas vezes não seja declarado formalmente, tornaram-se educadores. Por isso, houve, possivelmente, uma formalização de práticas pedagógicas já existentes naquele lugar.

Embora não soubessem o que mudaria no trabalho com a chegada da Residência, conversaram sobre esse novo que se abriu no processo de trabalho. Um deles trabalhava também em outra instituição, a qual tinha Residência, e comentou sobre alguns enunciados referentes a preceptores de que tinha conhecimento, por observações feitas nesse outro lugar: a) o modelo profissional a ser seguido, a partir da existência de uma série de práticas agenciadas para constituir essa figura profissional a ser seguida – produção de imaginário, desejo de futuro, o preceptor “como exemplo”; b) a constituição de uma função docente – “o tornar-se professor, mestre, tutor, preceptor, orientador, mentor”: agenciamentos que se imbricam na construção social dessa posição de saber especialista; c) o avaliador de práticas profissionais: residentes têm habilitação profissional, mas dependem do preceptor como avalista – “preceptor como aquele que certifica a assertividade das condutas” – com a tarefa de “avaliar” e reprovar determinadas ações.

Assim, consideramos que há uma dupla condição de aprendizado no trabalho, nos programas de Residência: a de um profissional residente e a de um profissional preceptor. A partir da prática desses enunciados, sem qualquer intencionalidade declarada, toda a equipe começa a posicionar-se de maneira diferente. Se o preceptor for designado por alguém de fora da equipe, poderá haver uma supervalorização daquele membro pelos demais colegas. Se for escolhido pelo grupo, também. Há algo que se insinua e opera na condução de condutas de todos e de cada um.

Aproxima-se o dia em que a equipe de residentes chega. Alguns profissionais da equipe fixa estão em férias, porque os programas de Residência iniciam entre janeiro e março. A nova equipe chega devagar, não conhece o lugar, nem as pessoas, são outros territórios. Ao conhecer as pessoas, seguem-se as denominações: este é o enfermeiro, esse é o nutricionista, aquele o médico, aquele outro o **preceptor**. Ele é..., uma identificação com o preceptor acontece de forma imediata por seu vínculo explícito com a Residência. Com os outros profissionais, talvez... Embora todos os profissionais participem da formação dos residentes, a responsabilidade formal, de ser referência para os residentes no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde, é do

preceptor⁹. Na prática, organizam-se certas operações e técnicas instituídas para legitimar, respaldar e fazer funcionar esse lugar. Há um posicionamento desse profissional, devido às circunstâncias que o colocam no lugar de avaliador, conforme anunciado anteriormente.

No bom andar das coisas, acomodam-se todos. A equipe passa a ser uma só, entre os fixos e os itinerantes. Compartilham cuidados e aprendem mutuamente. Se as práticas de ensino-aprendizagem não tinham espaço privilegiado na primeira equipe, agora passam a receber seu devido valor. Tudo transcorre, como em qualquer equipe, com atravessamentos institucionais e próprios do trabalho, constituindo modos de estar ali.

A qualquer momento, as práticas daquele lugar podem ser reconfiguradas por algo que lhes é exterior, pois aquele programa de Residência faz parte de uma política nacional de formação de trabalhadores para o SUS. Nesta equipe, diferente de outras, não são só os atravessamentos institucionais e os próprios do trabalho que reconfiguram as práticas. Movimentações da CNRMS, que acontecem bem distantes dos lugares onde os programas estão e que interferem insidiosamente, capilarmente, no trabalho cotidiano, nos possíveis encontros de aprendizagem que acontecem nos programas, a existência de algo como o que Foucault chamou de Governo (conforme descrito em Foucault⁵⁻¹⁰).

A governamentalização no País das Maravilhas

“Não acho que joguem limpo”, Alice começou, num tom bastante queixoso, “e todos brigam tão horrivelmente que não se consegue ouvir a própria voz... e parecem não ter nenhuma regra em particular; pelo menos, se têm, ninguém as segue... e depois todas as coisas são vivas, e você não faz ideia da confusão que isso dá”.¹¹ (p. 100)

Tomando a governamentalidade nas Residências como a existência de muitos governos, em muitas modalidades, dentre eles o da CNRMS, e, também, o das Coremu (Instância colegiada existente em cada programa de Residência, sob a qual está a responsabilidade de deliberar sobre questões locais), o governo dos projetos pedagógicos, o dos preceptores, e o dos residentes, cabe considerar que esses (e quem sabe outros) governos acontecem ao mesmo tempo, com pluralidade de formas de governar e com práticas de governo emergentes.

Ao considerar que o currículo é uma prática de governo emergente de cada um desses governos, é possível pensá-lo com base num paradoxo. *Curriculum* é a “ação de percorrer uma determinada trajetória”¹² (p. 17). Assim, com a captura do currículo, se dá a “curricularização” das práticas, apresentando-se como composição para a maquinaria educacional que organiza a lógica disciplinar.

A convivência do currículo-vagamundo com a imposição do currículo-assentado será margem para um currículo “extraordinário”. Dois modos que habitam os mesmos lugares e as mesmas pessoas, simplesmente porque não se pode apagar o “interstício”, o “intermezzo”, o “entre”, o País das Maravilhas. Ensinar e ensi-g-nar, cada um sobre os seus disparadores. É como na análise que Deleuze¹³ (p. 36) faz sobre a obra de Alice: “não é nem ao mesmo tempo nem relativamente à mesma coisa que eu sou mais jovem e mais velho, mas é ao mesmo tempo que me torno um e outro e pela mesma relação”. Esses múltiplos componentes, esses “tipos” de currículo disputam os aprendizados. Uns aprenderão A, outros B porque o ordinário e o extraordinário estarão se pronunciando.

O currículo e as chamadas condições mínimas dos locais que recebem a Residência são continuamente pautados por residentes. A possibilidade de qualificação dos *seus* fazeres por meio das aprendizagens no mundo do trabalho não é questão para eles. E não o é por expressarem a certeza de que ela acontece independente de qualquer currículo, inclusive, de um currículo-assentado ou da (não) existência de condições mínimas. E é por esse reconhecimento que justificam: suas buscas pela modalidade de aprendizado nas Residências, a indiscutível qualificação para entrarem e ficarem no SUS, a inclusão, em suas escolhas de vida, da passagem pelo programa de Residência, a vivência em seu currículo-formação. Ainda assim, apresenta-se como necessidade, declarada por esse segmento, um currículo nos moldes reconhecidos pelos sistemas educacionais, pela maquinaria educacional, conforme observado nas andanças para a constituição deste País das Maravilhas das Residências.

As equipes dos serviços de saúde, caso experimentassem a educação permanente nos seus processos de trabalho, poderiam estar mais permeáveis à proposta de Residência, tal como definida por alguns participantes do estudo, como sendo a oportunidade de aprofundar reflexões que se problematizam no cotidiano do trabalho em saúde. A chegada de um residente nada mais seria do que a de qualquer novo membro de uma equipe, com a diferença de que a sua estada ali teria início e fim previamente definidos (ou nem isso, caso se pensassem outros modos de acontecer a formação nas Residências). Seria como acolher qualquer novo colega de trabalho. Seria como inseri-lo em um processo que está em andamento.

A Residência é a possibilidade de experimentar determinados estados. É um aprendizado sentido no corpo. Saber do corpo. Saber para cuidar do corpo. Do próprio corpo e do corpo do outro. É intenso, é limítrofe. Em alguma medida pode ser violento.

Há uma regularidade nos regramentos sobre a Residência, uma espécie de aceleração dos sujeitos. Aceleração do residente: o uso intensivo das horas de vida transformadas em horas de trabalho, a multiplicação das atividades de assistência ofertadas pelas unidades onde os residentes estão alocados, a aceleração do tempo de aprender – “recuperação” do não aprendido na graduação, aceleração na produção, isto é, no apresentar o produto-saúde.

É também um poder parar, mas um poder parar regulado. Um poder parar regulado pelo tempo do relógio ou pelo tempo do calendário. O tempo do relógio que regula o descanso diário. O do calendário, o descanso semanal e as férias. A hora de parar é definida de antemão, e não pelos ritmos dos corpos e pelas decisões dos que estão implicados no processo: “pode-se dizer que, para os neoliberais, o tempo investido no trabalho não passa de um detalhe”¹⁴ (p. 13).

É também uma aceleração do preceptor. Aceleração na produção, isto é, para apresentar o produto-saúde e o produto-residente. É aceleração na multiplicação do seu tempo de trabalho, que antes era o tempo da assistência e, agora, com a Residência, é o tempo da assistência, da supervisão, da gestão pedagógica, é o tempo-presença¹⁵.

Ao determinar a quantidade de horas (quase na totalidade dedicadas ao trabalho) que uma Residência ocupa na vida de muitas pessoas, a legislação está propondo o controle sobre o modo de produzir “bons profissionais da saúde”, excluindo a possibilidade de que os residentes disponham de outro tempo que não esse da dedicação exclusiva ao seu treinamento (evitar que estudem e façam Residência; evitar que trabalhem e façam Residência; evitar que façam plantões que não os propostos pela Residência, práticas comuns entre os médicos residentes).

A governamentalização acontece, também, com uma aceleração do coordenador do programa, da mesma forma como a performance que se dá na aceleração do residente e do preceptor. Como se fosse para manter uma continuidade descendente da arte de bem governar, que vai da CNRMS à coordenação de programa, e dessa para o preceptor, e desse para o residente. Em todos os pontos, há a produção de relatórios, avaliações, indicadores, todos tidos como práticas de governo emergentes a serviço de alimentar a governamentalização nas Residências.

Dentro desses procedimentos de registro e controle das atividades de trabalho, podem-se ver os três tipos de governo, tal como descritos por Foucault¹⁶:

1) o governo de si mesmo, onde residente, preceptor e coordenador fazem práticas de si engendradas pelas normativas que tratam de quem é cada um desses atores, o que devem fazer no cenário de prática e como devem se comportar;

2) a arte de governar uma família como se deve. Neste caso, a família é substituída pelo programa de Residência, no qual o governo se exerce pelo atravessamento das normativas do trabalho e da maquinaria escolar, produzindo, ainda, outros modos de estar ali;

Perguntas e Respostas – Residência Multiprofissional: 5) O programa de Residência pode funcionar sem a existência de preceptores? Não, considerando-se que o programa de Residência é um treinamento em serviço, o residente não pode ficar sem acompanhamento. Além disso, a Residência é uma especialização e que, portanto, deve acompanhar adequadamente os seus alunos⁹.

3) a ciência de bem governar o estado, neste caso, a política de formação de trabalhadores da saúde por meio das Residências Multiprofissionais, pautadas desde sempre pela ciência de bem governar a formação de médicos especialistas por meio das Residências Médicas, isto é, a Residência Multiprofissional, ao olhar-se *através* do espelho, vê refletida a Residência Médica, em muitos aspectos. Porém, chamamos atenção enfaticamente para a formação de especialista. Também vale enfatizar o foco das Residências Multiprofissionais, que é a formação para o Sistema Único de Saúde.

Para o exercício da governamentalidade, tal como descrita em Foucault⁷, é preciso que haja uma relação de obediência. Parece que esta relação aparece a partir de um funcionamento de orientação ou regramentos que vão se dando e seguindo nessa linha descendente que se origina na CNRMS, vai à coordenação dos programas de Residência, depois ao preceptor, e, por último, chega no residente (o contrário também acontece?). Uma relação em que um dirige e o outro é dirigido.

Partindo das conversas com os habitantes do País das Maravilhas das Residências, considera-se que a aceleração e o parar regulado (tratados anteriormente) respondem a essa relação de obediência, uma obediência que não parece ser apenas orientada por uma hierarquia, mas seguindo a origem latina da palavra *oboedire*, que significa "escutar com atenção"; uma relação que também está orientada pela escuta e pelo respeito à instância que emite as orientações a serem seguidas, apesar de elas serem, muitas vezes, desafiadoras aos limites do corpo, como é o caso das sessenta horas semanais de trabalho demandadas aos residentes, o que se traduz em cansaço e exaustão, pelo modo como são prescritas e executadas, em sua única forma possível.

A governamentalidade também é exercida a partir do conhecimento de quem dirige sobre o detalhe de cada um que é dirigido. Nesse sentido, a necessidade de implementar sistemas de avaliação é apresentada como imprescindível ao processo de Residência. As demandas oriundas da maquinaria escolar também colocam, a serviço da democratização dos procedimentos avaliativos, a possibilidade de que sejam avaliados os preceptores, os campos de aprendizagem etc. Não se quer dizer que esses não devam ser realizados, ou que eles não tenham valor na qualificação dos programas. O que se diz é que eles também se conectam a uma engrenagem que se processa com o objetivo de detalhar, separar, esquadrihar e/ou classificar a todos os integrantes para serem melhor conhecidos. Daí é possível perguntar: cabe propor um currículo para que todas as formações sejam semelhantes, que o perfil profissional seja o mesmo para toda e qualquer formação em Residência?

Conhecendo cada campo, cada preceptor e cada residente (cada tutor, supervisor, equipe e instituição de ensino superior) faz sentido dizer que há diversidades e que elas não são benéficas ao aprendizado? É a serviço da governamentalização que são justificadas as propostas de avaliação de programas para o credenciamento. As Residências Multiprofissionais existem há mais de três décadas. Muitas delas, senão todas, aconteceram com financiamento público e com orientação para a Saúde Pública. Socialmente, parece justo que seja feito algum tipo de regulação, mas soa estranho que todo o investimento já empreendido não mereça algum reconhecimento. Por que será que não interessa zerar esta conta e começar daqui para frente? Isto é, por que a CNRMS não certifica todos os residentes que já concluíram as Residências que tiveram financiamento público como pertencentes à regulação atualmente proposta? Como justificar todo o dinheiro empreendido em formações junto à rede pública de saúde e que não são aceitas em concursos públicos, sequer valorizadas? Para que serve a avaliação que a CNRMS vem tentando empreender desde 2008, com o suposto objetivo de credenciar os programas e certificar os egressos somente dos lugares que forem credenciados?

Junto com esse procedimento de cadastro, credenciamento, avaliação e curricularização dos programas, aparecem instrumentos de coleta das informações, estratégias de conhecer, modos de governamentalizar. A constituição do banco de avaliadores também se dá com o objetivo de conhecer pessoas que tenham envolvimento com as Residências, mas que, não necessariamente, estejam vinculadas aos programas. Se os avaliadores estiverem vinculados a um programa, com possibilidade de conhecerem outras realidades, podem qualificar a sua realidade. Mas, podem redefinir o instituído pela CNRMS?

Olhar para as avaliações nas Residências, tal como procedimentos constituintes do conjunto que conforma a governamentalidade⁵, seria analisar estes procedimentos como organizadores das regulações. A avaliação dos residentes para organizar a regulação das identidades profissionais a serem formadas e a avaliação de programas para organizar a regulação dos instituídos.

Um outro mecanismo de reconhecimento e controle foi a proposta de eleições na CNRMS. A partir dos segmentos definidos pela portaria 1.077/09, foi instituído o cadastro dos eleitores no Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS)¹⁷. Pensamos que este seja outro modo de incidência da governamentalização. No sistema anterior, a indicação era a base organizada autonomamente nos fóruns próprios. Para que cada um pudesse exercer seu direito, passou a ser preciso que fosse contado, que fosse classificado.

Diversos mecanismos se colocam a serviço de conhecer a todos e a cada um nos programas de Residência: o cadastro dos programas, a imposição de uma forma de currículo, a imposição de uma forma escolar, as avaliações de residentes (coladas com avaliações de preceptores e de campos), as avaliações de programas para credenciamento pela CNRMS (e a constituição do banco de avaliadores) e o cadastro dos eleitores no SisCNRMS para realizar eleição para composição da CNRMS.

Uma das ferramentas de controle social bastante utilizada na área da saúde são os fóruns ou encontros de segmentos interessados em discutir temáticas. Consideramos este um espaço bastante potente na democratização de decisões e da possibilidade de atuação coletiva sobre determinado assunto. No entanto, não podemos deixar de registrar que esse também pode ser expressão da governamentalização de um processo, neste caso, das Residências. A potencialidade do controle social em expoente, com a oferta de “alternativas” ou do “governo da forma”, os quais se anunciavam como transmutação, encaminharam-se para a própria forma.

É nos fóruns ou encontros que os residentes, em roda, narram-se. Ao falarem de si e das suas vivências nos programas, colocam em operação conversas que facilmente identificam pontos negativos comuns aos programas, e apresentam certa dificuldade em pontuar semelhanças positivas nesses mesmos programas. Dão, então, visibilidade para os encontros de aprendizagem como positivities possíveis e existentes nos processos de trabalho e ensino em que estão submersos. Os espaços para narrarem-se estão tomados por aspectos negativos da proposta de Residência. Apesar disso, os profissionais continuam procurando formar-se nas Residências. O que há de tão ruim que só é possível expressar as infinidades de pontos negativos? Parece que eles, de fato, sejam o comum aos programas e que as positivities sejam exceção. E é na exceção que aparecem as diferenças impossíveis de serem narradas. Impossíveis também de serem padronizadas. E é aí que parece não haver espaço para uma única curricularização, ou parâmetros curriculares, ou perfil de egresso único a ser estabelecido *a priori*.

Então, nesses fóruns e encontros, ocorrem narrativas sobre o trabalho e o pedagógico nos programas, operações e estratégias de conhecer a todos e a cada um, classificar os participantes, governamentalizar. Ressalta-se que não há nada de mal nisso. Esse é o jeito que se reconhece. E que, historicamente, se utiliza para qualificar os processos de participação na área da saúde. É nesses espaços que se discute e se decide, mas não se observam as mudanças solicitadas nesses lugares e que são acordadas pelos participantes como operações a serem empreendidas pela CNRMS.

Comentários finais

A percepção empírica, vivida na prática, no que tange ao conceito de governamentalização nas Residências, foi confirmada pelos participantes do estudo, intitulados habitantes do País das Maravilhas. Os documentos oficiais analisados, alguns deles emitidos pela CNRMS, apresentam a presença deste conceito para organizar o cotidiano de aprendizagem nas Residências em Saúde. É preciso que esses regimentos emitam o que deve ser diferente nesta formação de trabalhadores. Também não há como negar que é por meio dos regimentos que é possível nascer a invenção, o singular e o devir. É por intermédio desses regimentos que a formação em Residência reafirma seu compromisso com a qualificação do Sistema Único de Saúde, com a formação para o cuidado integral e para o trabalho em equipe. Juntos, esses três pilares, sustentam, conformam e direcionam a formação em Residências.

Neste sentido, o cenário de governo nas Residências é de muitos: dos coordenadores de programas e das IES – Instituições de Ensino Superior, dos preceptores, dos tutores, dos supervisores e dos residentes, e, também, de quem escreve e pesquisa sobre a temática. O governo

da CNRMS, como um dos aparelhos da governamentalização, entretanto, utiliza-se: das regras da normatização, da deslegitimação das instâncias que não fazem regramentos, da instituição de mecanismos de captura, de configuração à burocracia e rejeição à heteronormatividade, à conversa e à descentralização.

Questiona-se, assim, de que modos essas regras dialogam com o prazer de trabalhar? Com o prazer de ser residente, de ser preceptor, de ser coordenador de programa?

Agradecimentos

A Odilo Kreutz, pela cuidadosa revisão e correção de língua portuguesa. A Ananyr Porto Fajardo, pela tradução do resumo para a língua inglesa. A Lairton Cemin, pela tradução do resumo para a língua espanhola.

Colaboradores

Os autores Daniela Dallegrave e Ricardo Burg Ceccim participaram, igualmente, da concepção do artigo e da revisão do texto. Daniela Dallegrave participou da elaboração do texto, revisão bibliográfica e da discussão.

Referências

1. Foucault M. A ordem do discurso. São Paulo: Loyola; 2006.
2. Deleuze G. Proust e os signos. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
3. Maia AC. Sobre a analítica do poder de Foucault. Tempo Soc. 1995; 7(1/2):83-103.
4. Foucault M. As técnicas de si [Internet]. 1982 [acesso 2014 Set 7]. Disponível em: http://cognitiveenhancement.weebly.com/uploads/1/8/5/1/18518906/as_tcnicas_do_si-_michel_foucault.pdf

5. Foucault M. Segurança, território, população. Curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes; 2008.
6. Foucault M. Do governo dos vivos. Curso no Collège de France (1979-1980). São Paulo: Centro de Cultura Social; 2010.
7. Foucault M. Omnes et singulatum: uma crítica da razão política. In: Motta MB, organizador. Estratégia, poder-saber. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010. p. 355-85.
8. Corazza SM. Nologia do currículo: vagamundo, o problemático e assentado, o resolvido. Educ Real. 2002; 27(2):131-42.
9. Ministério da Educação. Perguntas e respostas sobre Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde [Internet]. Brasília (DF); 2013 [acesso 2014 Set 7]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18168&Itemid=813
10. Foucault M. O governo de si e dos outros. Curso no Collège de France (1982-1983). São Paulo: Martins Fontes; 2010.
11. Carroll L. Aventuras de Alice no país das maravilhas: através do espelho e o que Alice encontrou por lá. Rio de Janeiro: Zahar; 2009.
12. Veiga-Neto A. O currículo e seus três adversários: os funcionários da verdade, os técnicos do desejo, o fascismo. In: Rago M, Veiga-Neto A, organizadores. Para uma vida não-fascista. Belo Horizonte: Autêntica; 2009. p. 13-26.
13. Deleuze G. Lógica do sentido. 5a ed. São Paulo: Perspectiva; 2011.
14. Veiga-Neto A. Currículo: um desvio à direita ou delírios avaliatórios [Internet]. 2012 [acesso 2014 Set 7]; 17. Disponível em: <http://www.fe.unicamp.br/TEMPORARIOS/veiga-neto-curriculos-delirios-avaliatorios.pdf>
15. Fajardo AP. Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
16. Foucault M. A governamentalidade (1978). In: Motta MB, organizador. Estratégia, poder-saber. 2a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010. p. 281-305.
17. Portaria Interministerial no 1.077, de 12 de Novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2009.

Dallegrave D, Ceccim RB. Expresiones del proceso de gubernamentalización en las Residencias en Salud. Interface (Botucatu). 2016; 20(57):377-87.

El artículo presenta un ensayo sobre el concepto de gubernamentalidad en Michel Foucault y algunas de sus expresiones en el cotidiano de los programas de Residencia en Salud. El proceso de constitución de las imágenes del aprendizaje en los programas que demuestran la insinuación de este concepto fue organizado a partir de la investigación de doctorado, concluida en 2013.

Palabras clave: Residencia in Salud. Gubernamentalidad. Salud Publica.

Submetido em 20/01/15. Aprovado em 15/09/15.

Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde*

Edmar Rocha Almeida^(a)
Cinara Botelho Moutinho^(b)
Maisa Tavares de Souza Leite^(c)

Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. Family health nurses' teaching practice in the health education development. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):389-401.

This study aimed to analyze, from the nurses' perception, the health education practice on the Family Health Strategy in Montes Claros, MG, Brazil. This is a qualitative, descriptive and dialectical research whose residents were eight nurses in the family health. The data were collected through unstructured interviews, recorded and transcribed for further discourse analysis. The results revealed two dichotomous empirical categories: the hegemonic health education, and the dialogic practice. Contradictory discourses were found, where at the same time the subjects describe a participatory and problem-based education while at the same time they report practices based in the imposition of ideas and forcing conditions to the population. The study showed how reality has plural faces and how it evolves in flows and ebbs.

Keywords: Health education. Family health. Primary health care. Community health nursing. Qualitative research.

Este estudo objetivou analisar, a partir da percepção de enfermeiros, a prática da educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros, MG, Brasil. Trata-se de uma investigação qualitativa, descritiva e dialética cujos sujeitos foram oito enfermeiros residentes em saúde da família. Os dados foram coletados por entrevistas não estruturadas gravadas e transcritas para posterior análise do discurso. Os resultados revelaram duas categorias empíricas dicotômicas: a educação em saúde hegemônica e a prática dialógica. As contradições do discurso foram evidenciadas, pois, ao mesmo tempo em que os sujeitos descrevem uma educação participativa e problematizadora também relatam práticas baseadas na imposição de ideias e condicionamento da população. Deste modo, ficou demonstrada a pluralidade da realidade com avanços e retrocessos, traduzindo seu devir.

Palavras-chave: Educação em saúde. Saúde da família. Atenção primária à saúde. Enfermagem em saúde comunitária. Pesquisa qualitativa.

* Baseado em "Educação em saúde na estratégia saúde da família: a visão do enfermeiro e do usuário", pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros e financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, como parte do Programa Institucional de Iniciação Científica da Unimontes.

^(a) Departamento de Saúde e Saneamento, Prefeitura de Taiobeiras. Travessa Laurinda Angélica, nº 42, Centro. Taiobeiras, MG, Brasil. 39550-000. edsky48@gmail.com

^(b) Programa de Residência de Enfermagem em Saúde da Mulher, Hospital Universitário Clemente de Faria, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. cinarabotelho@yahoo.com.br

^(c) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. mtsiv@terra.com.br

Introdução

A evolução no conceito da saúde nos leva a entendê-la como produto de múltiplas influências, moldada em um meio social, cultural e econômico. Essa compreensão considera como determinantes diversos fatores entrelaçados e de comportamento dinâmico, como: o ambiente social, a prática dos profissionais da área e as características culturais da população. O debate sobre esses aspectos tem influenciado a reorganização dos serviços de saúde e a revisão de suas estratégias de intervenção em todo o mundo¹.

Nessa conjuntura, no Brasil, surge a Estratégia Saúde da Família (ESF) como política pública que pressupõe práticas e princípios da Atenção Primária à Saúde (APS) e materializa o fazer e o pensar a saúde em um modelo voltado para a lógica de intervenção territorial. A ESF trabalha com o desafio de conduzir a inversão do modelo assistencial por meio do trabalho em equipe multiprofissional capaz de produzir cuidado longitudinal e integral para uma população adscrita. Além disso, no seu cotidiano, utiliza-se de tecnologias complexas, porém, menos densas, pautadas nas relações sociais, como é o caso da educação em saúde².

Entende-se por educação a utilização de processos e técnicas pedagógicas para a socialização de conhecimentos e formação de sujeitos, tendo como base as diversas relações humanas^{3,4}. Assim, pode-se conceituar a educação em saúde como a utilização desses processos e técnicas para o compartilhamento de saberes sobre saúde que podem influenciar o cotidiano das pessoas, possibilitando a melhoria de sua qualidade de vida⁵. Também, possui um enfoque político, quando utilizada como canal de exercício da cidadania e controle social nos serviços de saúde⁶.

Na realidade social, ambiente em que a educação em saúde acontece, existem variadas formas de desenvolvê-la por meio de modelos pedagógicos que sempre estão conectados a uma forma de perceber o mundo, a saúde e a uma visão educativa específica^{5,7}. Da mesma forma, toda prática pedagógica reflete as ideologias impregnadas em um dado contexto e, ao mesmo tempo, influencia as ações individuais e coletivas, pois não existe educação neutra ou apolítica^{8,9}.

A partir da revisão de vários autores, podem-se dividir as práticas pedagógicas da educação em saúde em dois grupos cujos métodos e objetivos são contraditórios. O primeiro é denominado modelo de educação em saúde hegemônico, e, o segundo, dialógico⁵⁻⁷.

No modelo hegemônico, observa-se que o principal objetivo é fazer com que as pessoas mudem seus comportamentos a fim de obterem melhor saúde, sendo a principal estratégia de comunicação a transmissão de conhecimentos. Assim, a educação limita-se a um foco preventivo, reducionista e pouco ligado com a perspectiva de empoderamento das pessoas, reforçando o entendimento da saúde como a simples ausência de patologia⁵. Com a finalidade de desempenhar eficazmente a prescrição de hábitos e comportamentos saudáveis, nesse modelo educativo, em muitas ocasiões, são usadas estratégias argumentativas e de coerção. No campo das técnicas pedagógicas, há predominância de palestras e grupos, com o uso de cartazes, cartilhas e folhetos. Existe, também, uma supervalorização da comunicação verbal e da unilateralidade com pequenas possibilidades de diálogo. A realidade considerada sempre é a do educador; os educandos, por sua vez, são objetos que recebem informações e prescrições¹⁰.

Os teóricos criticam o modelo hegemônico por não considerar os determinantes psicossociais e culturais do comportamento, além de tratar o indivíduo como objeto de intervenção, desprovido de um saber sobre saúde. Assim, não se considera que todo comportamento humano é pautado em valores, crenças e representações da saúde e da doença^{5,11}. É visto, ainda, como instrumento de dominação e transferência de responsabilidades do cuidado, além de não contribuir com o princípio da integralidade e a prática da promoção da saúde^{5,7}.

Dividindo os mesmos espaços institucionais nos serviços de saúde encontra-se o modelo educativo dialógico, pautado na prática libertadora, em uma relação bilateral entre quem educa e quem é educado⁶. Para este modelo, o diálogo é essencial, já que o usuário é reconhecido como sujeito portador de um conhecimento, mas não é necessário que o saber do indivíduo seja condizente com o saber técnico-científico. Assim, o conhecimento prévio do sujeito nunca é deslegitimado, possibilitando que a educação em saúde tenha, como ponto de partida, as condições concretas de vida das pessoas^{5,7}.

Considera-se que a educação dialógica permite a teorização de soluções aos problemas locais, sendo um caminho para a reorientação das práticas em saúde rumo à superação do biologicismo, do autoritarismo e da fragmentação. Possibilita a construção da integralidade na prática e o respeito às condições e representações da população sobre os diversos aspectos do viver^{5,12}.

Desse modo, é importante refletir sobre a prática educativa como produtora de cuidado em saúde, e, para tanto, percebeu-se a necessidade de se aproximar das concepções de educação em saúde dos enfermeiros envolvidos no contexto da APS. Assim, é possível revelar a relação existente entre os profissionais, seus instrumentos de trabalho, as concepções educativas e o modo de cuidar cotidianamente das pessoas.

Após essa reflexão, elaborou-se o presente estudo, cujo objetivo foi analisar, a partir da percepção dos enfermeiros, a prática da educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família de Montes Claros/Minas Gerais; e, também, desvelar as fundamentações pedagógicas e os seus significados dentro do processo de trabalho da equipe.

Metodologia

Trata-se de um trabalho qualitativo e descritivo, capaz de demonstrar os significados e intenções da prática educativa em saúde no contexto do processo de trabalho do enfermeiro da ESF¹³. O cenário de estudo, a cidade de Montes Claros/Minas Gerais, é um centro urbano e polo regional de saúde e educação. O município possui uma rede de saúde composta por equipes da ESF, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), centros de saúde tradicionais e hospitais gerais. Na ocasião em que os dados foram coletados, a ESF municipal contava com um quantitativo de 59 equipes, entre as localizadas na região urbana e rural, traduzindo uma cobertura populacional de, aproximadamente, 50%. Destaca-se a existência, no município, do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, promovido pela Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes), que insere profissionais residentes nas equipes municipais de saúde da família.

Escolheu-se, como referencial teórico para o estudo, a dialética, com a finalidade de se debaterem as relações entre consciência e suporte material, tendo como plano de fundo uma perspectiva histórica, pois considera-se que a produção da saúde acontece em um espaço repleto de vivências e significados formados nas relações dos meios cultural e social do território e a proposta de trabalho da equipe de saúde. É dessa relação, por vezes conflituosa, que o percurso histórico dos usuários e profissionais é construído e as práticas em saúde produzidas^{4,13}.

Participaram da pesquisa oito enfermeiros de distintas equipes da ESF de Montes Claros/Minas Gerais, profissionais que, dentre suas diversas atribuições, têm como destaque a educação em saúde, fazer histórico do cuidado primário de enfermagem¹⁴. Para a seleção dos sujeitos da pesquisa, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: atuar em uma equipe da ESF, no mínimo, há um ano; desenvolver alguma forma de atividade educativa coletiva com a comunidade; possuir ou estar cursando Especialização em Saúde da Família na Modalidade de Residência; e aceitar participar do estudo.

A coleta de dados processou-se pela aplicação da entrevista não estruturada, que permite a descrição de um objeto de investigação de modo abrangente, favorecendo o dialogismo¹³. Para a realização da entrevista, propôs-se, aos participantes, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados pela gravação de áudio e tratados segundo a técnica da análise do discurso.

Após transcrição rigorosa, o conteúdo das entrevistas foi lido de forma profunda e exaustiva em busca da discursividade do texto, considerando a conjuntura de produção do discurso registrada em um diário de campo e as condições históricas do cenário estudado. De modo gradativo, as formações discursivas comuns nas falas dos sujeitos foram agrupadas em categorias empíricas iniciais. Depois do aprofundamento da leitura, construiu-se um mapa que facilitou o processo de organização das ideias, de modo que produziu as categorias empíricas definitivas. Os discursos foram identificados por códigos indicativos dos sujeitos-falantes (E₁ a E₈), preservando, dessa maneira, seu anonimato^{13,15}.

Assim, estabeleceram-se categorias empíricas desveladoras do cotidiano de trabalho relacionado à educação em saúde conduzida pelos enfermeiros, contendo formações ideológicas capazes de retratar a discursividade, em especial, nas relações dinâmicas e históricas^{13,15}.

Resultados e discussão

Após a análise dos dados, houve a emergência de duas categorias empíricas centrais e contraditórias: a primeira, com práticas e ideologias educativas que se aproximam de um fazer dialógico, e, a segunda, composta por fazeres e ideias circunscritas sob um referencial hegemônico.

A Educação em Saúde dialógica

A institucionalização de um espaço de participação dos sujeitos sociais nos serviços de saúde, uma das premissas do Sistema Único de Saúde (SUS), perpassa a reflexão crítica das práticas de educação desenvolvidas com a população¹². Neste sentido, para que uma prática educativa possa se aproximar do dialogismo, necessita posicionar a participação do usuário na centralidade do processo⁶, como no discurso a seguir:

“E a equipe, ela tenta estimular ao máximo essa questão. Então, assim a participação dos usuários, ela é fundamental [...]”. E₇

Em um trabalho qualitativo, cujo cenário foi a ESF de Sobral/Ceará, com o objetivo de analisar a práxis educativa de enfermeiros, alguns profissionais relataram o diálogo com a comunidade como uma forma de escuta de seus problemas reais, possibilitando sua participação ativa. Este fato foi caracterizado como um movimento reflexivo e crítico dos enfermeiros na recondução dos seus fazeres educativos, de forma a valorizar a participação da comunidade¹⁶, conforme o seguinte relato:

“[...] é trabalhada uma abordagem bem participativa. Dessa forma que a gente desenvolve os grupos aqui”. E₅

Assumir essa postura é difícil, pois, historicamente, as práticas educativas na atenção à saúde valorizam o saber científico, representado pelas demandas do serviço, em lugar da participação dos usuários⁷. Contraditoriamente, em outro estudo, com o objetivo de conhecer a percepção de enfermeiros da ESF de Uberaba/Minas Gerais sobre a educação em saúde, demonstrou-se a postura desses profissionais em valorizar a participação das pessoas por meio da socialização de experiências e significados da comunidade nas práticas educativas¹⁷, como, também, se observa nos trechos seguintes:

“[...] não tem nenhum assunto fixo, é a partir da demanda que a gente estará fazendo a orientação, a educação em saúde.” E₃

“Nesses grupos vão trabalhar temas que surgem da demanda do próprio usuário [...]”. E₅

O processo educativo dialógico tem como matéria-prima, além da demanda de saber, o conhecimento prévio da população, adquirido no trabalho e na vida⁷. Nesse sentido, o papel do educador é construir um novo saber, tendo como fundamentos as necessidades dos educandos:

“A gente sempre tenta trabalhar a partir do conhecimento que as pessoas já têm, nunca fazendo palestras ou reuniões já pré-determinadas. Elas sempre partem da demanda que a população tem e a partir do conhecimento que eles já têm, a gente tenta construir uma nova conduta, uma nova postura. Diante dos problemas levantados, é realizada uma abordagem com essas pessoas nos grupos de educação em saúde”. E₇

É importante que o cotidiano do meio popular faça parte da compreensão crítica dos educadores, portanto, é necessário diálogo entre conteúdos programáticos e a realidade cotidiana da população⁴. A partir dessa concepção, a ESF emerge como cenário privilegiado para o desenvolvimento da educação em saúde dialógica, pois se insere em determinado território e está ligada permanentemente ao cotidiano das pessoas¹², permitindo que o educador ouça os anseios dos cidadãos com mais facilidade por meio do diálogo:

“E a gente pergunta no final o que eles sugerem para o tema da próxima reunião e aí a gente já coloca isso anotado, para na próxima reunião a gente abordar aquele tema que foi sugerido e elas já vêm, as mesmas que vieram nas outras, já vêm sabendo qual vai ser o tema a ser tratado”. E₂

Nesse recorte discursivo, fica evidente que a educação realizada não se restringe apenas aos saberes do educando, mas avança o senso comum, de modo que os temas são diferentes a cada novo encontro. Isso permite uma construção contínua e significativa do saber por meio do diálogo entre conhecimento popular e científico¹⁸.

Sabe-se que, para realizar uma prática educativa participativa, é preciso trabalhar com alguma estratégia pedagógica que comungue com essa visão⁶. Uma possibilidade metodológica é a educação problematizadora, que vem ganhando espaço no processo de trabalho da ESF por propiciar o envolvimento reflexivo e a autonomia dos indivíduos¹⁴, como relatado a seguir:

“[...] a gente faz o grupo usando uma metodologia problematizadora, então não tem palestra, não tem imposição de ideias [...]”. E₆

De acordo com um estudo qualitativo realizado com profissionais de equipes de saúde da família do município de Santa Marina/Paraná, com o objetivo de analisar suas concepções sobre educação em saúde, parte dos trabalhadores buscam uma relação educativa mais próxima da reflexão, do diálogo e da problematização¹⁹. A prática educativa problematizadora parte do princípio de que o educando é voltado epistemologicamente para a curiosidade e para a apropriação dos significados do objeto⁴. Nessas circunstâncias, a educação deve ser aberta, horizontal, libertadora, com o educador disponível para ouvir e não só para falar:

“Tanto o médico quanto o enfermeiro, a gente conversa com esses pacientes, abre um espaço para o diálogo, pergunta o que eles querem discutir, quais são os assuntos, do que realmente eles querem estar debatendo naquele dia. E a gente dá essa liberdade, toda vez que eles escolhem um tema a gente trabalha aquele tema com eles, de forma que eles vão falar”. E₆

O espaço criado por essa metodologia permite a obtenção de uma educação dialética, em que não há saber verdadeiro, tudo é relativo, negado, complementado ou superado por outros saberes⁴. Estudo realizado também no município de Montes Claros/Minas Gerais, com usuários da saúde da família, com o objetivo de compreender sua perspectiva sobre a educação em saúde e seu significado no cotidiano, identificou a existência de práticas educativas problematizadoras, mesmo que ainda disputando espaço no cotidiano do processo de trabalho das equipes²⁰.

A educação problematizadora permite que o profissional entenda melhor o comportamento dos usuários e as situações de saúde e doença que os influenciam⁷. Assim, é possível desenvolver uma abordagem que supere a tradicionalidade prescritiva da área da saúde:

“Então eles são pacientes pontuais que a gente tem tentado trabalhar não de uma maneira prescritiva pra eles, que eles têm que tomar remédio, que eles têm que fazer dieta, que eles têm que fazer caminhada, mas levando a refletir sobre isso! Sobre essas questões, senão é difícil! Porque a motivação, ela tem que ser do próprio paciente, eu não posso fazer ele aderir às solicitações, ele que tem que refletir e pensar sobre a atitude dele”. E₆

Evidencia-se, no relato, uma percepção mais ampla do processo de estímulo ao autocuidado por meio da educação problematizadora, sendo notável a preocupação de afastar a educação da prática prescritiva, mas, contrariamente, trabalhar em uma perspectiva mais aberta, estimuladora e reflexiva. Portanto, o estímulo para o aprendizado deve ser do educando, intrínseco, pautado na reflexão de sua problemática, a fim de possibilitar uma tomada de decisão segura⁴.

Desse modo, no contexto da saúde, a constituição de sujeitos autônomos passa pela reconstrução de significados e atitudes, mas, necessariamente, depende também do desenvolvimento do autocuidado, principal objetivo educativo no contexto da APS^{17,19}. A filosofia do autocuidado pressupõe que o sujeito seja o mais independente possível no atendimento às suas necessidades de saúde e responsável pelo cuidado de si, sempre apoiado por profissionais e familiares². No próximo relato, percebe-se essa preocupação do educador:

“A primeira coisa é a questão da responsabilização das pessoas pela própria saúde. A gente tenta passar pra eles o seguinte: não é o médico, não é o enfermeiro, não é a equipe de saúde que é responsável pela sua saúde é você mesmo, a gente está aqui para colaborar naquilo que for cabível à gente, a nós”. E₇

O discurso centra-se na responsabilização do indivíduo por sua saúde, e, apesar do jogo de poder evidente nas entrelinhas, observa-se a disponibilidade da equipe de saúde em colaborar com o usuário. Em estudo já citado¹⁹, os profissionais da equipe de saúde da família identificaram, na prática educativa, uma tecnologia de trabalho que possibilita a promoção do autocuidado, ao auxiliar na sensibilização e compreensão das pessoas acerca das demandas e necessidades de cuidados em saúde.

Nos discursos dos enfermeiros, além do modelo problematizador, evidencia-se a utilização do lúdico como estratégia de facilitação da participação do usuário nos grupos educativos:

“[...] elabora alguma dinâmica relacionada ao tema e conduz o grupo de forma bem participativa...”. E₂

Dinâmicas e brincadeiras são ferramentas intrínsecas do processo educativo, podendo potencializar a participação e o aprendizado das pessoas¹². No contexto da atuação do profissional de enfermagem, a educação em saúde é a área que mais permite o uso da criatividade e do lúdico como ferramentas de trabalho²¹, como se observa a seguir:

“[...] a gente faz em forma de brincadeiras [...]”. E₈

O desenvolvimento da capacidade de aprendizagem do ser humano está estreitamente entrelaçado com o mundo da afetividade, ou seja, da paixão e da curiosidade. Consequentemente, estabelecer dinâmicas ou processos educativos que trabalhem com estas dimensões da essência humana produz resultados mais satisfatórios e transformadores²², como no relato a seguir:

“Então é interessante, é muito interessante isso que a gente está fazendo, [...] a gente faz uma coisa bem descontraída e muitas vezes eu faço ginástica com eles e técnica de relaxamento, faço brincadeiras e isso traz uma sensação de descontração muito grande e são essas as técnicas que eu utilizo! De relaxamento, ginástica, brincadeiras. Isso faz com que as pessoas se sintam mais envolvidas no grupo, então ela tem mais liberdade pra falar porque ela viu que o clima é um clima assim harmonioso, de descontração [...]”. E₆

Abordagens lúdicas facilitam a permuta de conhecimento, possibilitando, aos sujeitos, dividirem suas experiências pessoais que se cruzam e permitem uma reflexão comum. Entretanto, é preciso saber que as atividades lúdicas não devem se limitar ao simples objetivo de descontrair ou alegrar o processo educativo, pois, quando utilizadas de forma restrita, revelam um processo educativo ingênuo ao reproduzir um modelo pedagógico alienador em uma roupagem dialógica^{7,12}. Assim, é preciso que

o educador garanta que o conteúdo da dinâmica ou atividade lúdica esteja coerente com a proposta e objetivos educativos:

“[...] a gente conduz a reunião de idosos de forma bem lúdica, assim, de forma que, seja um teatro, uma dança, uma brincadeira que aí, é o que eles gostam mais, mas enfocando algum assunto [...]”. E₂

Segundo uma investigação qualitativa, realizada também no município de Montes Claros/Minas Gerais, com o objetivo de analisar, a partir da percepção do usuário da ESF, a prática da educação em saúde, o uso de atividades lúdicas de forma contextualizada aos objetivos pedagógicos é uma estratégia eficaz para promover a reflexão e satisfação do usuário durante a educação em saúde²³.

A Educação em Saúde hegemônica

A ideologia educativa hegemônica, em suas variadas vertentes, também está presente nos discursos dos sujeitos deste estudo. Nota-se, primeiramente, que ainda persiste uma percepção de comunicação, entre enfermeiro e cidadão, centrada no caráter informativo, com atitude paternalista e voltada para a mudança de hábitos e adoção de comportamentos saudáveis⁵, como é possível perceber a seguir:

“Então a gente, nos grupos, tem que mostrar para o paciente a sua condição de saúde! Falar assim: você está assim, assim está a sua saúde, o que que você tem que fazer para melhorar, o que que você pode. Você tem que fazer isso, isso e isso!”. E₄

A proposta pedagógica apresentada fundamenta-se no entendimento de que o indivíduo, quando recebe a informação, é capaz de decidir a prevenir doenças e agravos, assim como mudar hábitos e condutas⁵. Em um estudo anteriormente referido, foram encontrados resultados semelhantes, visto que o discurso dos profissionais enfermeiros estava permeado pela ideologia educativa de mudança comportamental¹¹.

Convém ressaltar que a educação para a mudança de comportamento é necessária e interessante, o problema reside no fato de o educador concentrar-se nessa abordagem de modo a não abrir espaço para o diálogo, não ouvindo as dificuldades das pessoas em gerenciar sua própria vida, muitas das quais estão relacionadas ao contexto social. Assim, o educador não é capaz de descobrir situações que influenciam diretamente o itinerário terapêutico percorrido pelas pessoas com adoecimento crônico¹².

Investigações qualitativas já citadas e realizadas com enfermeiros de outras localidades apresentam discursos carregados pela prática prescritiva e normativa. As atitudes educativas são excessivamente intervencionistas e de olhar reducionista e fiscalizador, com a finalidade de garantir estilos de vida saudáveis^{16,17}. Este mesmo discurso apresenta ecos na realidade estudada:

“Traçar metas, traçar, né! Com um tempo para que o usuário cumpra essa meta e depois pedir para que ele volte, reavaliar e mostrar: olha você está assim, você conseguiu, você melhorou, você não melhorou, você piorou! Isso para que o paciente saiba da sua condição de saúde, que ele se sinta estimulado”. E₄

Nessa abordagem, avaliam-se os comportamentos que, segundo a lógica científica, são adequados ou não para a vida das pessoas. A solução é apresentada pelo educador na forma de normas traduzidas na utilização de medicamentos, cumprimento de prescrições e mudança de hábitos¹². No mesmo ambiente de pesquisa, na visão dos usuários, esse estilo de educar é frequente, conforme estudos qualitativos mencionados anteriormente^{20,23}.

Nesse modo de educar, a subjetividade e o contexto social dos indivíduos são desconsiderados, e o processo de cuidado envolve o silenciar e não fazer perguntas, o que produz passividade, como se as pessoas fossem corpos vazios, receptáculos de informações e prescrições²⁴. Nesta mesma direção, estão as práticas educativas orientadas exclusivamente para a dimensão biológica do adoecimento, que

consideram como causa dos problemas de saúde os chamados comportamentos ou fatores individuais de risco, como: vida sedentária, consumo de gorduras, açúcares e fumo¹²:

“É, nos grupos de educação em saúde (pausa) serão desenvolvidas estratégias, pra quê? Pra identificar em cada usuário os fatores de risco!”. E₄

Nota-se que a preocupação excessiva com o contexto biológico traduz um olhar fragmentado e reducionista dos indivíduos, em descompasso com o princípio da integralidade do cuidado que se caracteriza por ir além da doença e do sofrimento manifestado, em busca da apreensão das mais abrangentes necessidades do sujeito. Esse modo de conduzir o processo educativo é reflexo da atuação de profissionais em um contexto de práticas curativas, contradizendo a proposição da ESF em reorientar o modelo assistencial²⁵:

[...] os grupos de hipertensos e diabéticos, eles ocorrem de acordo com a classificação de risco do Plano Diretor, então primeiramente nós fizemos a estratificação de risco de todos os pacientes hipertensos e diabéticos. A partir dessa estratificação, nós agrupamos as pessoas de acordo com o risco, e aí a periodicidade da realização desses grupos a gente segue conforme o preconizado pelo Plano Diretor [...]. E₆

Quando no serviço de saúde opera, mesmo que de forma velada, o modo curativista de cuidar, vários problemas são postos ao processo de trabalho dos profissionais da ESF, dificultando que eles utilizem o princípio da integralidade como uma ferramenta fundamental do cuidado¹⁷. Uma situação ilustrativa é a própria organização das atividades educativas coletivas em função da doença, como no discurso a seguir: “Com relação ao outro grupo de patologia [...]” E₁

Em um estudo já discutido, foi constatada a focalização da educação em saúde na abordagem de doenças ou agravos como uma extensão do atendimento individual em consultório¹⁹. Outro estudo apresentou resultados semelhantes, pois as temáticas desenvolvidas relacionavam-se com doenças prevalentes. Desse modo, infere-se que existem práticas educativas que ainda estão orientadas somente para doenças específicas, centrando suas ações na diminuição de suas complicações¹⁶.

Há que se considerar, para explicar este contexto, o processo de formação profissional para o trabalho com a saúde da família. Vários cursos de graduação ou formação continuada ainda possuem raízes no famoso modelo flexneriano de ensino, que é incoerente com os desafios propostos pela educação em saúde no contexto da ESF². Essa reflexão se faz presente no trecho discursivo seguinte:

[...] mas a gente ainda não consegue desvincular ainda da patologia não, infelizmente a gente faz grupos de acordo com a patologia [...]”. E₆

A organização das atividades educativas coletivas a partir da doença pode contribuir para uma compreensão descontextualizada, pelos cidadãos, das diferenças entre a saúde e o adoecimento e do propósito de promoção da saúde e autocuidado²⁰. Por outro lado, é um equívoco tentar explicar esta circunstância como uma consequência direta da prática ou experiência dos enfermeiros, pois existe certa contradição, dentro das próprias orientações institucionais, ao estabelecer, nos manuais que orientam o processo de trabalho, a criação desses grupos que são organizados por patologias:

“Então, hipertensos, diabéticos, aí como é que a gente aborda? Normalmente a gente segue as Linhas Guias do Plano Diretor porque ele já sugere a maneira como conduzir com as patologias”. E₁

Conforme asseguram algumas autoras¹¹, existe uma mudança importante no discurso oficial da educação em saúde nos documentos oficiais do setor saúde. Trata-se de uma alteração do trabalho tradicional para uma abordagem direcionada à perspectiva participativa. Entretanto, ainda são

encontradas orientações que denotam uma interpretação nítida em reforçar padrões de saúde que são concebidos para o povo pelo governo.

Em estudo qualitativo já citado, encontrou-se, nos discursos e observação, uma prática de enfermeiros baseada em generalidades, fundamentada por programas predefinidos pelo Ministério da Saúde. Desse modo, a função das diretrizes ultrapassa o papel de nortear as atividades e passa a substituir as necessidades do território¹⁶.

Ainda no campo das fundamentações pedagógicas, tem-se o chamado comportamentalismo, que entende a aprendizagem/educação como condicionamento do ser humano, ou seja, é necessário que exista um estímulo para que se obtenha um resultado. Assim, de acordo com essa forma de pensar a educação, o motor da aprendizagem é externo, já que o aprendiz necessita receber estímulos para aprender ou instituir um processo de mudança¹². Observa-se, nas entrelinhas do seguinte discurso, uma aproximação com essa ideologia:

“Sempre que possível a gente, não como atrativo, mas como uma forma de gratidão mesmo pela presença deles, a gente oferece um lanche! Agora em relação ao resultado disso, a gente percebe que, sempre que tem um a mais, alguma coisa a mais além da discussão, além dos comentários, a reunião ela é mais produtiva e as pessoas saem mais satisfeitas e assim mais motivadas com aquilo que elas aprenderam ou que elas assimilaram daquele encontro ali”. E₇

Nessa pedagogia, nota-se que o educador condiciona o educando para que ele emita respostas desejadas, por meio do uso de estímulos e recompensas, ou seja, o “lanche”. Esse método de trabalho enfatiza os resultados comportamentais e, geralmente, forma um sujeito que não problematiza, pois reproduz respostas consideradas adequadas e preestabelecidas⁸:

“E no grupo de gestantes, a gente percebe dificuldades! Uma das dificuldades, é que a gente gostaria de ter alguma coisa para estimular mais a participação, como um brinde pra sortear! Porque a gente percebe que é uma coisa importante nesses grupos que a gente tem determinada dificuldade [...] que elas se sentem mais valorizadas, elas se sentem é (pausa) mais estimuladas mesmo a estarem vindo”. E₇

Nota-se que a visão educativa está centrada nas sensações como reflexo da realidade e, nesse modo de ver a educação, não existe saber prévio, desejos ou interesses de aprendizagem oriundos do educando¹². O modo de educar condicionador, fundamentado em uma política de barganha, é reforçado a seguir:

“O grupo de gestante que aqui na unidade a gente não tá realizando! Nós até começamos ano passado, mas a adesão das gestantes estava muito pequena e a agente atribuiu ao fato de não ter algo mais sólido e motivador para que a gestante viesse, que os grupos de gestantes aqui eram mesmo de orientação! A gente não tinha muito, como é que se diz, não tinha uma moeda de troca para gestante, sabe? Então, a gente marcava vinham duas, vinham três”. E₄

Esse modelo baseado em uma “moeda de troca” utiliza não somente recompensas concretas, mas, também, as simbólicas, situadas no campo dos significados:

“O enfermeiro! Eu, no caso, os grupos que eu faço, eu faço junto com o médico, que a presença do médico aqui ela é um grande (pausa), como é que se diz, um elemento importante pra fazer com que o paciente ele esteja presente nos grupos [...] Então, é hoje a estratégia que está sendo usada pra fazer com que o paciente participe dos grupos é a presença do médico!”. E₄

É notável que a sociedade moderna confere ao profissional médico um “poder terapêutico”, que legitima um modelo de cuidado à saúde medicalizado e fundamentado na cura. O cidadão, tendo

como referência sua experiência de saúde e doença, cria e recria símbolos e significados da patologia e de como evitá-la, influenciando amplamente suas condutas e concepções em relação aos profissionais e às práticas de educação em saúde¹¹. A solução para melhorar a saúde, de acordo com o senso comum, se restringe ao acesso ao profissional médico, fato que confronta diretamente a proposta de multiprofissionalidade apresentada pela ESF².

No transcorrer do discurso, o sujeito justifica sua colocação:

“Porque com a presença do médico, o paciente vê uma possibilidade de troca, sabe? É, por exemplo, ele pode trocar uma receita, ele pode falar sobre uma outra queixa que ele tem. Então, assim, a experiência que a gente tem é que os grupos só com enfermeiro eles não têm muita adesão aqui!”. E₄

Na prática cotidiana da ESF, ainda é comum condicionar a troca de uma receita de medicamentos ou a realização de consultas rápidas do tipo queixa e conduta à participação de reuniões educativas. Nessa educação condicionadora, geralmente, os profissionais ensinam como as pessoas devem se comportar em relação a seus hábitos de vida⁶. A promoção da saúde perde espaço e o cuidado situa-se em descompasso com a integralidade do ser humano^{5,7}. A educação torna-se um instrumento de controle, uma obrigação que deve ser cumprida para que a pessoa receba, como recompensa, outras modalidades de cuidado⁹:

“No entanto, no grupo de hipertensos e diabéticos tem um ganho secundário, porque eles deverão vir de qualquer maneira ou pelo menos a gente pressupõe que eles tenham que vir, por quê? É o momento de renovar a receita e de solicitar ou ver exames, por causa do acompanhamento de hipertensos e diabéticos, mesmo porque eu não tenho muita alternativa [...]”. E₁

Um estudo qualitativo com membros de uma equipe da ESF de Cachoeira do Campo/Minas Gerais, cujo objetivo foi conhecer suas perspectivas sobre a educação em saúde, apresenta uma realidade muito próxima ao que os discursos desvelam, com a utilização da pedagogia do condicionamento como estratégia para melhorar a adesão aos grupos educativos¹⁴. Outros estudos, já referidos, segundo a perspectiva de usuários, indicam que as práticas pedagógicas condicionadoras são corriqueiras no cuidado das equipes de ESF de Montes Claros^{20,23}.

Ressalta-se que essa modalidade de educação pode levar a população ao conformismo, em que o educando compreende que sua participação está vinculada a uma recompensa e pode ficar limitado a essa visão. A originalidade e a criatividade dos educandos são suprimidas, ocasionando a manutenção da dependência e do estado de inércia da população que não é estimulada a refletir sobre sua realidade⁸.

Considerações finais

Este estudo revelou, a partir da análise do discurso de enfermeiros vinculados à saúde da família, que, no campo das ideologias pedagógicas, as práticas educativas desenvolvidas podem ser dicotomizadas em duas categorias: dialógicas e hegemônicas.

Na primeira, estão situadas as práticas pedagógicas que estimulam a participação do educando e que iniciam o percurso educativo a partir do conhecimento prévio das pessoas; e, também, os modos de proporcionar problematização e diálogo nos momentos educativos, conduzindo usuários e profissionais a um processo de autocuidado apoiado. Para tanto, utilizam-se dinâmicas e brincadeiras que mobilizam, sempre com uma finalidade pedagógica, os sentimentos e vivências do educando.

No campo oposto, reduto de práticas hegemônicas, encontra-se uma educação autoritária, prescritiva, restrita à mudança de comportamentos e, além disso, baseada fortemente em aspectos biológicos do processo de saúde e doença, como os fatores de risco. Muitas vezes, possuem como

eixo norteador a patologia, reduzindo a condição humana a um diagnóstico médico que deve ser controlado a todo custo. Para alcançar os resultados, o modelo trabalha com o condicionamento das pessoas por meio de recompensas, como receitas, brindes e lanches.

Interessante saber que, na concretude da realidade, as práticas contraditórias se misturam, pois, suas ideologias ecoam nos discursos dos mesmos sujeitos, o que leva à interpretação de que o campo de práticas da educação em saúde, no contexto estudado, encontra-se em um movimento de devir.

Colaboradores

Edmar Rocha Almeida e Cinara Botelho Moutinho responsabilizaram-se pela elaboração do projeto de pesquisa, coleta e análise dos dados e produção do manuscrito. Maisa Tavares de Souza Leite responsabilizou-se pela orientação da elaboração do projeto, coleta e análise dos dados, assim como pela revisão do manuscrito.

Referências

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
3. Freire P. Pedagogia do oprimido. 11a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1994.
4. Freire P. Política e educação. 8a ed. Indaiatuba: Villa das Letras; 2007.
5. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu) [Internet]. 2005; 9(16):39-52 [acesso 2013 Jan 20]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a04.pdf>. DOI: 10.1590/S1414-32832005000100004.
6. Vasconcelos M, Grilo MJC, Soares SM. Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed; 2009.
7. Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
8. Bordenave JDE, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 30a ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
9. Freire P. Educação e mudança. 30a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
10. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010; 63(1):117-21 [acesso 2014 Out 3]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a19.pdf>. DOI: 10.1590/S0034-71672010000100019.

11. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conceitos, representações sociais e experiências de doença. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(1):200-6.
12. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): MS; 2007.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Fernandes MCP, Backes VMS. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da Estratégia Saúde da Família sob a óptica de Paulo Freire. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2011; 63(4):567-73 [acesso 2014 Out 3]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/11.pdf>. DOI: 10.1590/S0034-71672010000400011.
15. Orlandi EP. Análise do discurso: princípios & procedimentos. 3a ed. Campinas: Pontes; 2001.
16. Silva CP, Dias MSA, Rodrigues AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14 Supl 1:1453-62.
17. Cervera DPP, Parreira BDM, Goulart BF. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). *Cienc Saude Colet*. 2011; 16 Supl 1:1547-54.
18. Freire P. Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido. 14a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.
19. Pinafo E, Nunes EFPA, González AD, Garanhani ML. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família. *Trab Educ Saude*. 2011; 9(2):201-21.
20. Figueiredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2012; 16(41):315-29 [acesso 2014 Out 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/a03v16n41.pdf>. DOI: 10.1590/S1414-32832012000200003.
21. Trezza MCSF, Santos RM, Santos JM. Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência. *Texto Contexto Enferm*. 2007; 16(2):326-34.
22. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 2a ed. Brasília (DF): Unesco; 2000.
23. Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. *Saude Debate* [Internet]. 2014; 38(101):328-37 [acesso 2014 Nov 2]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0328.pdf>. DOI: 10.5935/0103-1104.20140030.
24. Meyer DE, Félix J, Vasconcelos, MFF. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2013; 17(47):859-71 [acesso 2014 Set 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2013nahead/aop4513.pdf>. DOI: 10.1590/S1414-32832013005000033.
25. Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(1):319-25.

Almeida ER, Moutinho CB, Leite MTS. Prática pedagógica de enfermeros de Salud de la Familia en el desarrollo de la Educación en Salud. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):389-401.

Este estudio intentó analizar la percepción de los enfermeros y la práctica de la educación en salud en el contexto de la Estrategia Salud de la Familia de Montes Claros, Minas Gerais. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y dialéctica con ocho enfermeros residentes en salud de la familia. Las entrevistas fueron no estructuradas, grabadas y transcritas para realizar con ellas análisis del discurso. Se revelaron dos categorías empíricas dicotómicas: la educación en salud hegemónica y la práctica dialógica. Las contradicciones del discurso eran evidentes: mientras los sujetos describen una educación participativa y problematizadora, coexisten prácticas basadas en la imposición de ideas así como en el condicionamiento de la población. De este modo, quedó demostrada una realidad plural con avances y retrocesos.

Palabras clave: Educación en salud. Salud de la familia. Atención Primaria para la Salud. Enfermería en Salud Comunitaria. Investigación cualitativa.

Submetido em 21/02/15. Aprovado em 07/09/15.

Formar professores universitários:

tarefa (im)possível?

Maura Maria Morita Vasconcellos^(a)
Mara Regina Lemes de Sordi^(b)

Vasconcellos MMM, Sordi MRL. University teachers' development: an (im)possible task? *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):403-14.

This paper originated from a post-doctoral research on institutional university teachers' development programs. Its objective is to question formative actions for higher education teaching at public universities, identifying the risks, tensions and challenges faced by these institutionalized programs. During this descriptive - exploratory study, programs coordinators were consulted through a face-to-face interview, while recognized researchers from the university teaching development area were interviewed via email. The analysis used was based on the hermeneutics - dialectics method. A few challenges surfaced: the constant struggle resisting regulatory policies directed against an education that aims at social quality; the sustainability of institutional policies; the valorization of university teaching development programs regulated by ethical and political principles related to human emancipation; and, as a strategy against hegemonic status, the construction of articulation networks among existing programs.

Keywords: Higher education. University teaching. University teachers' development programs.

Este artigo deriva de pesquisa de pós-doutoramento a respeito de programas institucionalizados de formação docente. Pretende-se problematizar ações formativas para a docência no Ensino Superior realizadas em universidades públicas, com vistas a identificar riscos, tensões e desafios enfrentados pelos programas institucionalizados. Num estudo exploratório descritivo, foram consultados coordenadores de programas, por meio de entrevista presencial, e reconhecidos pesquisadores da área de formação pedagógica universitária, utilizando-se entrevista por e-mail. A análise apoia-se no método hermenêutico-dialético. Aparecem como desafios: a luta constante na resistência às políticas reguladoras que caminham na contramão de uma educação que vise a uma qualidade social; a sustentabilidade das políticas institucionais; a valorização de uma formação pedagógica universitária regida por princípios éticos e políticos aderentes à emancipação humana, e, como estratégia de luta contra-hegemônica, a construção de redes de articulação entre os programas existentes.

Palavras-chave: Ensino Superior. Docência universitária. Programas de formação docente.

^(a) Departamento de Educação, Universidade Estadual de Londrina. Rodovia Celso Garcia Cid, Pr 445 km 380, Campus Universitário. Londrina, PR, Brasil. 86057-970. mauramorita@uel.br

^(b) Departamento de Estudos e Práticas Culturais, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. maradesordi@uol.com.br

Introdução

A docência, como sabemos, não é uma profissão fácil e já foi chamada de “ofício impossível” quando “[...] invocam-se as condições de ensino: [...] as circunstâncias sociais, as deserções, as recusas e a complexidade de crenças que se enfrentam”¹ (p. 150). Tais argumentos remetem a Freud, que, citado por Cífare¹, teria dito: “Quase parece, contudo, que a análise é a terceira dessas profissões ‘impossíveis’, nas quais se pode ter, de saída, a certeza de um sucesso insuficiente. Os outros dois (ofícios), conhecidos desde muito mais tempo, são educar e governar”¹ (p. 152).

Esta afirmação nos leva a uma reflexão sobre as contradições vividas pelos formadores de professores. Se a docência parece ser um “ofício impossível”, que diremos, então, da tarefa de formar professores? O impossível se refere ao fato de que, em nossa profissão, não temos uma garantia científica que determine cada um de nossos atos, porque a docência exige revisitar a relação entre teoria e suas aplicações, a prática e suas armadilhas, já que oscilamos conforme somos teóricos ou práticos. Contamos sempre com a incerteza, o acaso e a complexidade, sobretudo, porque o resultado depende fundamentalmente da adesão do outro, que, por sua singularidade, pode frustrar nossos planos.

Este artigo deriva da pesquisa de pós-doutoramento concluída em 2015 a respeito da constituição de programas institucionalizados de formação docente, cujo objetivo foi estudar as ações formativas para a docência no Ensino Superior realizadas em universidades públicas. Tomou, como referência, duas instituições representativas do Estado do Paraná e do Estado de São Paulo: Universidade Federal do Paraná² - UFPR e Universidade Estadual de Campinas³ - Unicamp.

A escolha dos programas obedeceu a alguns critérios prévios: primeiramente, a opção foi investigar universidades públicas, espaço de atuação da pesquisadora e sua orientadora, em razão de que a universidade pública é o tipo de universidade que defendemos e que sofre o maior impacto das políticas públicas de Educação desencadeadas pelas decisões e direcionamentos governamentais. Em segundo lugar, teriam de ser programas institucionalizados, reconhecidos e devidamente estruturados. Sim, porque existem iniciativas e movimentos na direção da valorização da docência e da graduação em muitas instituições, mas que não chegaram, ainda, ao status de serem reconhecidos ou oficialmente institucionalizados como programas de formação. Foram selecionados dois estados e dois Programas representativos destes: estado do Paraná (por ser o estado da pesquisadora) e estado de São Paulo (por ser o estado em que o pós-doutoramento se desenvolveu).

Num estudo exploratório-descritivo, foram consultados os dois coordenadores dos programas formativos das respectivas instituições (denominados C) e dez reconhecidos pesquisadores de pedagogia universitária (denominados P). Os primeiros, por meio de entrevista presencial, e os demais, em entrevista por *e-mail*. Consideramos que seria de grande contribuição a consulta a renomados e reconhecidos pesquisadores da área de pedagogia universitária no Brasil pois, com certeza, a expressão de suas perspectivas poderia complementar informações e auxiliar na melhor compreensão das propostas formativas. Estes foram escolhidos tendo como critério: a relevante trajetória acadêmica, a produção bibliográfica e, acima de tudo, a luta no complexo campo da formação pedagógica do docente universitário.

Sem a intenção de comparar os dois programas formativos e nem de analisar sua estrutura e pressupostos, a ideia foi problematizar questões centrais, destacando fragilidades, riscos, tensões, assim como possibilidades, avanços, lutas e desafios que pudessem ser generalizados para possibilitar uma reflexão sobre programas desta natureza em geral. Na realidade, os dois programas serviram de referência e motivo para uma discussão mais engajada sobre o tema. Para a interpretação dos dados, apoiamos-nos no método hermenêutico-dialético, visto que, “[...] enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica”⁴ (p. 90).

Este texto estrutura-se em três eixos: o cenário da Educação Superior e o compromisso da universidade com a formação docente, os programas de formação como um “lugar” de valorização da docência universitária, e os riscos, tensões e desafios enfrentados pelos programas de formação, basilares de nosso estudo pós-doutoral.

O cenário da Educação Superior e o compromisso da universidade com a formação docente

De modo especial, na atualidade, a Educação Superior é afetada pelas crises econômicas, políticas e de sentidos e valores, em razão de sua responsabilidade de produzir e disseminar conhecimentos úteis ao desenvolvimento da economia global, impostas pelo sistema produtivo. Isto interfere no trabalho docente e nos sentidos da formação. Mas, com isto, explica Dias Sobrinho⁵, a universidade perde privilégios de conhecimento e formação e ganha outras novas atribuições. Frequentemente, convivem dois elementos numa mesma instituição: tradição universitária e novas tendências e realidades.

Santos⁶ analisa que:

Nestes últimos vinte anos, a universidade sofreu uma erosão talvez irreparável na sua hegemonia decorrente das transformações na produção do conhecimento, com a transição, em curso, do conhecimento universitário convencional para o conhecimento pluriversitário, transdisciplinar, contextualizado, interativo, produzido, distribuído e consumido com base nas novas tecnologias de comunicação e de informação que alteraram as relações entre conhecimento e informação, por um lado, e formação e cidadania, por outro. (p. 63-4)

A missão histórica da universidade é formar pessoas dotadas de conhecimentos e valores, capazes de contribuir para o processo de construção da humanidade, priorizando a superação dos problemas de pobreza, violência, injustiça e desigualdade social⁵. Mas, segundo o autor, as universidades estão se modificando segundo valores muito distantes ou sem correspondência daqueles da sua criação, deixando de ser uma instituição de estudo e formação para se tornar uma empresa educacional voltada para as utilidades. Embora, nos discursos e documentos universitários, a cultura, a ética, a estética e os valores sociais estejam presentes, não ultrapassam o plano do abstrato. Sobre a formação que está ocorrendo nas universidades, Bento⁷ pergunta: “Que conceitos e noções de Formação [...] Educação, de Homem, de Sociedade e Universidade são transmitidos aos estudantes? Que grau de inquietude ética perante o rumo deste mundo é fomentado? Que apego à cultura e à filosofia é cultivado na maioria dos cursos de pós-graduação?” (p. 704).

Consideramos que a universidade tem papel central na construção da sociedade do conhecimento, e, por isto,

[...] ela não pode negar sua natureza essencialmente pública, isto é, concernida à elevação de toda sociedade humana. Nessa perspectiva, só é digna de nomear-se universidade, a instituição que produz e dissemina o conhecimento como direito social e bem público, isto é, como algo essencial e imprescindível à formação de sujeitos capazes de participar criativa e criticamente da sociedade.⁵ (p. 657)

A formação docente pode assumir papel central quando se considera a necessidade de mudança nos rumos da universidade pública. Nesta perspectiva, Chauí⁸ destaca alguns pontos para mudar a universidade tomando a formação como perspectiva: compreender a Educação Superior como um direito do cidadão, defendendo a universidade pública, recusando a privatização e rompendo com o modelo proposto pelo banco mundial; definir autonomia universitária pelo direito de definir suas normas de formação, docência e pesquisa e da autodeterminação das políticas acadêmicas; revalorizar a docência, tão desprestigiada e negligenciada com a “avaliação da produtividade”, em que predomina o aspecto quantitativo.

O produtivismo acadêmico é consequência das políticas mercantilistas que concebem a educação como mercadoria. Esta condição afeta, sobretudo, os professores que atuam na pós-graduação stricto sensu, com controle avaliativo da Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e sua dinâmica avaliativa denominada Coleta Capes; e, também, pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio, por exemplo, do Currículo Lattes⁹. Estas formas de controle têm contribuído para certo desprestígio do trabalho docente na graduação, posto

que este repercute quase nada na avaliação dos programas de pós-graduação. Ou seja, estas políticas de regulação induzem a certo descaso ao que seria função nobre de uma instituição formadora.

No cenário de mudanças de paradigmas que vem ocorrendo nas últimas décadas, cresce a importância da formação pedagógica dos docentes universitários, que se mostre densa tecnicamente, mas que, simultaneamente, revele pertinência social. Evidencia-se, assim, o reconhecimento da insuficiência de uma formação sólida numa área específica de conhecimento para o exercício da função docente, o que acresce maior complexidade aos programas formativos.

Os programas de formação como um “lugar” de valorização da docência universitária

Estamos utilizando o termo *lugar* no sentido que lhe confere Cunha¹⁰, que explicita a concepção de lugar em sua interface com as expressões *espaço* e *território*. Para a autora, “[...] é possível perceber a relação entre espaço, lugar e território. O espaço se transforma em lugar quando os sujeitos que nele transitam lhe atribuem significados. O lugar se transforma em território quando se explicitam os valores e dispositivos de poder de quem atribui os significados”¹⁰ (p. 185).

Nesta perspectiva, “ao ocuparmos os lugares, estamos fazendo escolhas que preencherão os espaços e os transformarão em territórios”¹⁰ (p.185). Os programas de formação institucionalizados podem se constituir num “lugar” de formação do docente universitário se os espaços a eles destinados adquirirem um significado e um reconhecimento na comunidade universitária.

Pelas prerrogativas legais que tem, a universidade, tradicionalmente, é identificada como um espaço de formação dos professores universitários, tanto em relação à formação para a pesquisa na pós-graduação como na educação continuada. O espaço pode abrigar a possibilidade de existência de programas de formação, mas não garante, necessariamente, sua efetivação. Cunha¹⁰ adverte que o fato de ela ser o espaço de formação não significa que ela se constitua num lugar de formação; o que transforma um espaço em lugar é a dimensão humana, quando atribui sentidos e reconhece a legitimidade deste espaço. “Quando se diz ‘este é o lugar de’, extrapolamos a condição de espaço e atribuímos um sentido cultural, subjetivo e muito próprio ao exercício de tal localização”¹⁰ (p. 184).

Nem sempre os espaços de formação dos docentes universitários são ocupados, e, por isto, não se transformam em lugares, pois “o lugar representa a ocupação do espaço pelas pessoas que lhe atribuem significado e legitimam sua condição”¹⁰ (p. 184). Mas, como aponta um dos pesquisadores consultados, “[...] nos últimos anos é notório estudos e pesquisas que visaram trazer à tona a problemática da docência também no contexto universitário. Acredito que isso seja um avanço significativo na busca pela busca da institucionalização na universidade de um “lugar” de formação para a docência” (P4).

A docência envolve problemas específicos: a transposição didática do conhecimento específico, a organização de atividades que facilitem a compreensão e transferência de conhecimentos, a vinculação entre teoria e prática, e a avaliação do processo de aprendizagem. Toda esta trama complexa de funções requer uma formação específica e diferente daquela formação de base que confere legitimidade ao professor universitário¹¹.

A valorização do ensino e da docência aparece em nossos dados como uma preocupação emergente. Tal preocupação se revela na constituição de órgãos/setores e programas institucionais desenvolvidos para este fim. Mesmo assim, tais iniciativas ainda são pouco incidentes, e a situação no Brasil contrasta com a experiência internacional, revelando que ainda há muito a fazer no que tange a criação de espaços vocacionados para o suporte da ação docente na universidade. No contexto internacional, esta preocupação já está explícita há muito mais tempo, e já está transformada em ações concretas em universidade consideradas de ponta em rankings internacionais.

A Universidade de Harvard, por exemplo, reconhecida internacionalmente como de excelência tanto no campo da pesquisa como do ensino na Educação Superior, preocupada com a contínua melhoria de sua formação de estudantes e com a qualidade de seu ensino e aprendizagem, empreendeu, nos últimos anos, uma grande reforma curricular, que imprimiu um novo e amplo entendimento do que é ser educado no século XXI. Esta grande reforma curricular partiu da necessidade de se pensar sobre

o que era ensinado aos estudantes, como era ensinado e pelo reconhecimento de que o currículo, o curso e a forma pedagógica podem sempre ser melhorados¹².

Não podemos deixar de aludir a experiências relevantes já realizadas em nosso contexto, como na Universidade de São Paulo - USP, capitaneadas por Selma Garrido Pimenta, quando esteve à frente da Pró-Reitoria de Graduação. Foram desenvolvidos trabalhos muito significativos no campo da Pedagogia universitária, que se tornaram exemplares, disseminando novas experiências institucionais. Na própria Universidade de Campinas - Unicamp, não é a primeira vez que a preocupação com a formação do docente universitário se manifesta. Segundo um pesquisador (P9), o Projeto de Capacitação Docente – PECD, desenvolvido nos anos 1990 e começo dos 2000, foi muito bem-sucedido, mas, acabou por ser extinto em razão de mudanças ocorridas na instituição.

Nos últimos anos, observa-se, ainda que não seja de forma generalizada, que há um processo em curso que pretende colocar o ensino e o trabalho docente em maior evidência nas instituições universitárias, caminhando, portanto, apesar de ir contra a corrente, para uma maior valorização do ser professor e da docência. Mas, pondera Cunha¹³ (p. 22), mesmo com o crescimento da ideia da necessidade de formação pedagógica para um exercício mais adequado da docência universitária, “percebe-se certa desresponsabilização das instituições e das políticas públicas para com um movimento de profissionalização da docência da educação superior”.

A valorização da docência passa pelos processos de formação institucionalizados que possibilitem autoformação baseada nas reflexões sobre o próprio trabalho. Mas, para isto, de acordo com Donato¹⁰, são necessárias condições de tempo e lugar para realizar este trabalho sobre si mesmo. Daí a importância do envolvimento e comprometimento institucional para com esta formação. Neste sentido, Franco¹⁴ (p. 17) afirma que: “[...] a construção dos saberes pedagógicos passa, necessariamente, pelas condições institucionais onde o docente está inserido. Quais as condições que seu “ninho” profissional lhe oferece no sentido de trabalhar no coletivo; de construir, participar do projeto político-institucional?”.

Um dos pesquisadores consultados comemora o interesse que existe, atualmente, pela formação do docente universitário nas universidades, assim se expressando a respeito:

“Com efeito, [...] a temática sobre a formação pedagógica do docente do ensino superior era ignorada e desconsiderada, um tempo em que não havia pesquisas sobre o tema, muito menos publicações em periódicos ou bibliográficas discutindo o problema. Hoje, não só temos inúmeras pesquisas sobre o assunto, inúmeros artigos em periódicos, uma bibliografia rica e diversa, como também iniciativas de muitas IES criarem e desenvolverem atividades e serviços de apoio à formação docente, diferenciadas de acordo com o contexto e as necessidades dos professores”. (P8)

Nas duas universidades participantes da pesquisa, encontram-se programas de formação que, apoiados pela instituição, estão em processo de constituição de uma cultura de valorização docente, desenvolvendo projetos e ações voltados para tal objetivo. A Universidade Estadual de Campinas - Unicamp³ conta com o EA2¹⁵ – Espaço de Apoio ao Ensino e Aprendizagem, que é estruturado em forma de projetos e tem como objetivo

[...] promover ações que visem aprimorar o ensino de graduação nas diversas unidades da UNICAMP, disponibilizando recursos técnicos e ferramental teórico, e criando fóruns e oportunidades para discussão sobre o processo de ensino/aprendizagem, de tal forma a contribuir para o desenvolvimento profissional de seus docentes e para a formação dos alunos.³ (p. 1)

No EA2, desenvolvem-se projetos de várias ordens e ações que abrangem diversas frentes de trabalho, demonstrando que a formação docente não é tratada de forma isolada ou pontual. Destacamos aqui: o Rodas de Conversa, o Programa de Aprimoramento da Docência Universitária e o Programa Acolhimento de Novos Docentes, que, combinados com os outros projetos, possibilitam,

aos docentes da universidade, oportunidades de refletirem sobre suas práticas apoiados em aprofundamento teórico. Destacamos, também, a forma democrática de condução das ações, sempre levando em conta o protagonismo dos atores envolvidos.

O **Rodas de Conversa**, que tem por objetivo possibilitar uma maior interação e cooperação entre o EA2 e as coordenadorias de curso, tendo em vista o seu objetivo fundamental, qual seja, o aprimoramento do ensino da graduação na Unicamp. A ideia é proporcionar um estreitamento de cooperação entre o EA2 e as coordenadorias de curso – vistas, de forma ampliada, como: coordenadorias, comissões de graduação e/ou núcleos docentes estruturantes.

Entre as ações propostas estão:

- Realizar visitas e conversas com coordenadorias, para uma melhor compreensão dos diferentes cursos e prospecção de possíveis ações do EA2.
- Promover, no âmbito do EA2, discussões mais amplas acerca da qualidade do ensino de graduação que se almeja na Unicamp. Tais discussões podem envolver temas como: organização do trabalho pedagógico, definição de objetivos de ensino/aprendizagem, a organização dos conteúdos de ensino, as metodologias de ensino na universidade e a questão do processo de avaliação do ensino na graduação.
- Organizar iniciativas de troca de experiências entre coordenadorias.
- Criar espaço de apoio às coordenadorias, que possibilite o enfrentamento de um amplo leque de questões conceituais, instrumentais e de infraestrutura, inerentes à gestão acadêmica e pedagógica.¹⁵

O **Programa Aprimoramento da Docência Universitária** objetiva realizar ações junto às coordenadorias dos cursos de graduação visando ao aprimoramento de atuação junto aos docentes e junto aos docentes da Unicamp, buscando a melhoria das condições do ensino de graduação. Entre as ações, se destacam:

- Realização de mini cursos, workshops, seminários e conferência que contribuam para o enfrentamento de questões didático-pedagógicas e para a melhoria das estratégias de ensino adotadas. Poderão ser abordados temas pontuais, como: o programa Prezi, a proposta do Ensino Apoiado em Evidências (EAE), o ensino em áreas específicas, ensino e afetividade, utilização do clicker, entre outros.¹⁵

O **Programa Acolhimento dos Novos Docentes** (ND) tem como objetivos: colaborar no processo de adaptação dos ND à Unicamp; assessorar os ND no processo de planejamento das atividades de ensino; e acompanhar e assessorar os ND durante o primeiro semestre de trabalho acadêmico¹⁵.

Para o desenvolvimento do trabalho, a estratégia foi formar um grupo com profissionais da área da Educação, de áreas específicas e da administração da universidade, para desenvolver um trabalho em duas etapas: a primeira com duração de trinta horas, envolvendo os ND com a equipe responsável; e a segunda realizando encontros quinzenais do grupo de ND com os membros da equipe, com os objetivos de troca de experiências, análise de problemas enfrentados, aprofundamento teórico, e outros¹⁵.

Na Universidade Federal do Paraná - UFPR², a Coordenação de Políticas de Formação de Professores - COPEFOR, pertencente à Pró-Reitoria de Graduação e Educação Profissional – PROGRAD, é responsável por articular as ações de formação de professores promovidas pela UFPR. Por iniciativa da COPERFOR, foi aprovada, na instituição, uma resolução que institui e normatiza o Programa de Formação Continuada de Professores no âmbito da UFPR. O programa se destina ao conjunto dos docentes da UFPR, e, em especial, a: professores em estágio probatório e professores que desejem buscar atualização pedagógica. Sua proposta é realizar, com frequência, programas de formação continuada para o corpo docente da UFPR.

Desde que foi criada, a COPEFOR promoveu muitos cursos de capacitação para seu quadro docente, ofertados, exclusivamente, aos professores da UFPR. Os cursos abordaram, dentre outras

temáticas, os paradigmas educacionais; a docência e a realidade nacional; as políticas e a legislação da Educação Superior; as Diretrizes Curriculares Nacionais; a gestão da sala de aula; a avaliação, promovendo oficinas pedagógicas para vários setores, além de seminários e cursos na modalidade à distância.

Entre as atividades desenvolvidas pela COPERFOR nos anos de 2011 a 2014, há palestras, seminários e oficinas, voltados para a discussão da prática pedagógica no magistério superior. Demandas específicas promoveram oficinas pedagógicas para os setores de Ciências Agrárias e de Saúde, curso visando a formação do enfermeiro-docente, ferramentas tecnológicas para o ensino de Medicina Veterinária. Um curso de metodologia do Ensino Superior, na modalidade à distância, com carga horária de noventa horas, oferecido regularmente em parceria com a Coordenação de Integração de Políticas de Educação a Distância (CIPEAD) da UFPR, tem o objetivo de aperfeiçoamento de técnicas para atuar no magistério superior.

O que se destaca deste Programa é a concretização de uma política institucional, com a atribuição de três pontos, para progressão na carreira aos docentes que participarem de cem horas dos Programas de Formação Continuada promovidos pela COPEFOR, sendo que, para o docente em estágio probatório, esta participação é obrigatória².

Os dois programas representam este movimento de valorização da docência universitária e do reconhecimento da necessidade de formação específica para exercê-la. Ambos os programas foram criados e institucionalizados recentemente, o EA2 em 2010 e a COPEFOR em 2012; e perseguem objetivos semelhantes de promoção da formação e aperfeiçoamento pedagógico de seus docentes, visando a valorização da docência e a melhoria do ensino de graduação. Os programas de formação representam, “[...] sem dúvida, avanços na valorização da docência na educação superior, na medida em que traz à tona tal formação como problemática fundamental que precisa ser enfrentada e assumida pelas universidades” (P1). Mas,

Apesar de muitas iniciativas contribuírem para a formação de “cenários institucionalizados de formação”, pois há programas que se inserem em políticas de formação docente das Pró-Reitorias de Graduação”, há ainda muita fragilidade quanto ao efetivo reconhecimento de tais políticas e programas no contexto universitário o que, em minha compreensão, tem relação com o próprio “lugar” que hoje ocupa o ensino de graduação nas universidades quando comparado ao “lugar” da pesquisa, o que já vem sendo amplamente tratado na literatura. (P1)

Os programas de formação podem estar se constituindo em lugares de formação por desenvolverem ações que realizam uma intermediação de significados com os sujeitos em formação, sem desconsiderar “[...] as relações de poder que se estabelecem na relação espaço-lugar de formação”¹⁴ (p. 185). Na universidade, coexistem forças que aderem ou resistem aos processos regulatórios das políticas educacionais. Para se constituírem, os programas enfrentam risco, tensões e desafios decorrentes do campo de luta permanente entre lógicas contraditórias no interior das próprias instituições.

Riscos, tensões e desafios enfrentados pelos programas de formação

As instituições de ensino e pesquisa ou, especialmente, as universidades públicas sofrem os impactos da reestruturação neoliberal com ameaças à sua autonomia, à sua política de saberes, além da precarização das condições de trabalho. Se, por um lado, o desejo é resistir a este estado de coisas, por outro, há dificuldades em relação às limitações do tempo que deveria ser despendido com atividades de formação que subsidiariam posturas mais consistentes na direção de uma docência mais consequente e sintonizada com os desafios da formação do século XXI.

Um aspecto relevante refere-se às políticas institucionais de contratação de docentes, pois a docência é a via de acesso à universidade, e não outra atividade qualquer. Esta via é concretizada objetivamente por meio de concurso público ao contratar profissionais para serem docentes; mas esta atividade não é considerada relevante no momento do julgamento do candidato, priorizando a

interface da pesquisa. Em concordância com a posição assumida pelos coordenadores dos programas, outra questão levantada por um dos pesquisadores é a de que os programas de formação precisam estar fortemente apoiados pela instituição para romper uma cultura institucional que desvaloriza esta formação. E acrescenta: “[...] se a instituição, como um todo, não abraçar o programa [...], a tendência é que o programa não dure mais que um ou dois semestres, forneça certificados a uns poucos docentes que dele participaram como um aperfeiçoamento e desapareça” (P3).

O risco de desenvolver ações descoladas do contexto e da realidade dos docentes é destacado por este pesquisador quando afirma que “as IES precisam investir nos processos formativos, que tenham a prática e o contexto dos professores como referente. Pouco adianta ações pontuais, externas à condição de autoria dos professores” (P7). Além disto, outra dificuldade apontada pelos coordenadores é a de que a adesão aos cursos e atividades não pode ser obrigatória, porque é contraditório apostar na responsabilização, na autonomia, e, ao mesmo tempo, convocar os professores por meio de medidas autoritárias. A adesão voluntária é essencial para o envolvimento e comprometimento pessoal com a própria formação.

As universidades “[...] vivenciam as contradições resultantes do embate entre os polos da regulação e da emancipação”¹⁶ (p. 57). Em seu interior, coexistem ambiguidades, contradições, incertezas, adesões e resistências às políticas regulatórias, já que diversas concepções de sociedade, universidade e de docência lutam pelo poder no interior das instituições educativas. Diante destas considerações, é necessário atentar para o fato de que a universidade sofre o impacto das políticas educacionais vigentes, que é refém de outras lógicas; e trabalhar em prol do ensino e da formação docente dentro de sistema regulatório neoliberal pode significar, entre outras ações, um movimento de contrarregulação, uma vez que

As políticas neoliberais usam e abusam da regulação. [...] Contra-regulação é resistência propositiva que cria compromissos ancorados na comunidade da escola (interna e externa), com vistas a que o serviço público se articule com seus usuários para, quando necessário, resistir à regulação (contra-regulação) e, quando possível avançar tanto na sua organização como na prestação de serviços da melhor qualidade possível (justamente para os que têm mais necessidades), tendo como norte a convocação de todos para o processo de transformação social.¹⁷ (p. 912)

Parece-nos possível situar os programas institucionalizados de apoio ao trabalho docente como alternativa de contrarregulação, o que envolve não apenas a defesa da criação destes espaços/lugares de formação, mas a luta para que seus objetivos ultrapassem as ciladas do neotecnicismo.

Sobre este risco, destacamos o alerta deste pesquisador que afirma:

É preciso desenvolver nos docentes a importância de clareza quanto às intenções educativas que se ramificam em objetivos de várias dimensões. Meios e fins devem ser vividos sempre. O uso de técnicas como novidade anima no início, mas, se não estiver alicerçado numa proposta mais ampla, passado o entusiasmo inicial, tudo volta ao comodismo anterior. A técnica é bastante importante, porém por si só de nada vale. (P6)

O controle regulatório da Educação Superior inclui a avaliação dos docentes por meio da quantificação de suas publicações. A este respeito, um pesquisador complementa:

Outro aspecto importante no contexto universitário é o dilema de ver a produção acadêmica servir de maneira equivocada para medir a qualidade do professor universitário, pois, a quantidade tem sido sobreposta em relação à qualidade. Esse tem sido um dos desafios: produzir pesquisas com qualidade sem se deixar levar pelas forças do produtivismo [...]. (P4)

Outro grande desafio que emerge das considerações tanto dos coordenadores quanto dos pesquisadores consultados no estudo é conseguir o reconhecimento da comunidade acadêmica em relação à relevância e legitimidade dos programas. Esta preocupação se justifica porque,

Apesar de muitas iniciativas contribuírem para a formação de cenários institucionalizados de formação, pois há programas que se inserem em políticas de formação docente das Pró-Reitorias de Graduação, há ainda muita fragilidade quanto ao efetivo reconhecimento de tais políticas e programas no contexto universitário [...]. (P1)

Esta fragilidade, com certeza, deve-se a questões complexas que incluem o baixo prestígio do ensino decorrente da cultura institucional enraizada, que já mencionamos anteriormente, e, também, da já citada dificuldade de articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão. Para Pimenta e Almeida¹⁸, um grande desafio da universidade e, conseqüentemente, dos programas de formação, é atingir a massa de professores que não sente como necessidade o aperfeiçoamento profissional voltado para a ação de ensinar.

Um pesquisador reconhece que a mudança dos currículos é um grande desafio da universidade de hoje (P8). Neste contexto, está implícita a valorização da graduação como propõe este coordenador (C2): “Eu acho que o grande desafio é este, é realmente mostrar pra este professor que a universidade não existe sem a graduação”. Não se trata de cair numa visão idealista de pensar que um programa institucional vá dar conta de tudo, mas de realizar um raciocínio que percebe a situação por meio de um movimento macro que dialoga com a precarização do trabalho docente na graduação.

Outra preocupação, manifestada tanto pelos coordenadores quanto por pesquisadores consultados é com a continuidade de todo um trabalho que não pode depender, exclusivamente, de pessoas específicas que, neste momento, estão abraçando a causa. Os desafios, portanto, para os programas, são muitos e de muitas ordens. No nível macro, nas questões relacionadas às políticas educacionais, predomina a concretização de uma lógica que atende a interesses não compatíveis com a ideia de uma formação docente e discente emancipadora. Este cenário, no entanto, não impede a luta e resistência de muitos que acreditam que a educação deve privilegiar a qualidade social e estar alinhada com a formação de cidadãos críticos e comprometidos com a construção de uma sociedade mais justa.

A qualidade social a que nos referimos é ancorada na visão de educação como prática social e ato político, e distancia-se da visão predominante nos setores produtivos por compreender a “promoção e atualização histórico-cultural, em termos de formação sólida, crítica, ética e solidária, articulada com políticas públicas de inclusão e resgate social”¹⁹ (p. 211). Tal assunção implica avaliar as múltiplas determinações que afetam as condições de ensino nas instituições, e não apenas tomar como base dados quantitativos focados na ótica produtiva.

No nível institucional, é um desafio buscar o reconhecimento e consolidação dos programas de formação, a proposição e a implementação de políticas institucionais que contemplem mudanças e ajustes que possibilitem a valorização da formação para a docência. Neste sentido, Pimenta e Almeida¹⁸ (p. 30) argumentam “[...] em favor de uma real valorização do empenho na formulação de políticas institucionais de formação, estáveis e permanentes, voltadas para o aprimoramento da atividade de ensinar [...]”.

No que se refere ao nível do ensino e das práticas cotidianas dos sujeitos, é um desafio promover ações que estimulem o desenvolvimento de uma nova mentalidade acadêmica, na qual a docência recupere seu devido valor e possa traduzir estas novas posturas. Vinculado a este aspecto está o de reconstrução de currículos em perspectivas que permitam a construção e consolidação de uma pedagogia universitária baseada em princípios éticos e políticos de emancipação humana.

Fica claro que, para que os programas de formação docente se consolidem e adquiram a real possibilidade de alterar as culturas institucionais cristalizadas, necessitam transformar-se em políticas institucionais, mesmo que, para isto, tenham de enfrentar sucessivas lutas em diversos campos. Talvez, no plano institucional, este seja o desafio mais urgente a ser enfrentado, embora os níveis de desafios levantados neste estudo estejam imbricados numa grande rede complexa da realidade em que parte e todo não se separam.

Além disto, desejamos colocar em evidência um desafio posto e cujo processo necessita ser desencadeado, que é o da **construção de redes de articulação** entre os programas de apoio pedagógico existentes. Ampliando a dimensão coletiva da formação, a criação de redes que interligassem/articulassem os programas de formação existentes foi sugerida por um dos pesquisadores

(P5), e bem recebida pelos coordenadores. Este seria um passo importante, possibilitando tanto a produção de conhecimento quanto o apoio e troca de experiências e conhecimentos entre os participantes. No campo da pedagogia universitária podemos citar a RIES - Rede Sul Brasileira de Investigadores da Educação Superior, que congrega instituições do Rio Grande do Sul (PUCRS, UFRGS, UFSM e UNISINOS.) e envolve diversas IES, inclusive, da América do Sul.

Em favor da criação de redes entre as instituições, Luz e Balzan²⁰ argumentam:

Sabendo-se da insuficiência de abordagem e de investigação sobre as experiências já efetuadas e em andamento, haveria necessidade de que um conjunto de IES aproveitasse, como objeto de análise, suas próprias experiências, não só para identificação dos seus aspectos positivos e de suas fragilidades docentes, mas para que todos pudessem conhecer e crescer com a socialização dos resultados, a fim de se identificar e fomentar uma possível identidade regional, estadual e nacional no que concerne à formação de professores. (p. 35)

Frente à complexidade dos problemas na Educação Superior, portanto, é urgente que os programas se associem em redes viabilizando um tecer junto que ajudaria a multiplicar efeitos, descobrir alianças e a formular políticas de formação.

Considerações finais

Em nossa perspectiva, as instituições que têm feito a opção de instituir programas de formação, como Unicamp e UFPR, sem dúvida, deram um passo objetivo, concreto em direção à valorização da docência, do ensino e da formação pedagógica do docente universitário, mesmo que caminhando num terreno adverso, visto que, na universidade, coexistem forças que aderem ou resistem aos processos regulatórios das políticas educacionais vigentes. O que gostaríamos de enfatizar, no entanto, que dado este primeiro passo, é necessário, ainda, assumir a luta por um tipo de formação que leve em consideração o campo de lutas entre forças contraditórias, privilegiando uma educação emancipadora e a qualidade social como contornos destes programas institucionalizados.

Ao assumirmos este projeto histórico, destacamos o que consideramos os principais desafios a serem enfrentados pelos programas de formação: a luta constante na resistência às políticas reguladoras que caminham na contramão de uma educação que vise uma qualidade social; a concretização de políticas institucionais que garantam a consolidação e continuidade de tais programas, independente dos atores que os defendem e os estruturam atualmente, e a valorização de uma formação pedagógica universitária baseada em princípios éticos e políticos de emancipação humana. Uma estratégia a ser priorizada, com vistas ao enfrentamento dos desafios postos, e que queremos enfatizar, é a construção de redes de articulação entre os programas existentes, visando, além de trocas de experiências, uma aprendizagem colaborativa e uma formação compartilhada, que prime pelo fortalecimento dos grupos e constituição de políticas institucionais.

Consideramos que os programas de formação são espaços formativos que estão se constituindo em lugares de formação, e, ao buscarem o aporte legal e institucional para sustentar suas propostas e ações, estarão criando alternativas que poderão transformá-los em territórios. A tarefa de formar professores universitários apresenta-se às nossas lentes como inadiável, sob pena de sermos responsabilizados pela inserção, no mundo do trabalho, de profissionais sem capacidade de leitura crítica e de assumir sua parcela de responsabilidade na construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Todos aqueles que corajosamente se dispõem a abraçar essa complexa e árdua tarefa de pensar e trabalhar em prol da formação do docente universitário no contexto adverso da universidade contemporânea se deparam com muitos desafios, mas enfrentá-los é o que permite criar alternativas contra as tendências hegemônicas. Concordamos com Cifali¹ (p. 150), quando afirma que confrontar-nos com os desafios é oportunidade para ir além, para nos situarmos entre o “nada é impossível”, que significaria nossa onipotência, e “nada é possível” que assinala nossa impotência. Apesar dos riscos,

tensões, avanços e retrocessos, a tarefa de formar professores universitários apresenta-se, às nossas lentes, como **possível**, e, no bojo dos processos dialéticos da realidade, já vem sendo realizada por aqueles que acreditam numa docência de qualidade.

Colaboradores

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

Referências

1. Cifalli M. Ofício “impossível”? Uma piada inesgotável. *Educ Rev.* 2009; 25(1):149-64.
2. Universidade Federal do Paraná. Coordenação de Políticas de Formação de Professores – COPEFOR [Internet] [acesso 2014 jun 27]. Disponível em: <http://copeforufpr.blogspot.com.br>
3. Universidade Estadual de Campinas. Resolução GR-013/2010, de 11 de março de 2010 [Internet] [acesso 2014 Mar 20]. Disponível em: http://www.pg.unicamp.br/mostra_norma.php?id_norma=1641
4. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
5. Dias Sobrinho J. Universidade e novos modos de produção, circulação e aplicação do conhecimento. *Aval Rev Aval Educ Super.* 2014; 19(3):643-62.
6. Santos BS. *A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade*. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2011.
7. Bento JO. Do estado da universidade: metida num sarcófago ou no leito de procustes. *Aval Rev Aval Educ Super.* 2014; 19(3):689-721.
8. Chauí MS. A universidade pública sob nova perspectiva. *Rev Bras Educ.* 2003; (24):5-15.
9. Guimarães AR, Monte ED, Farias LM. O trabalho docente na expansão da educação superior brasileira: entre o produtivismo, a intensificação e a precarização do trabalho. *Univ Soc Sind Nac Docentes Inst Ensino Super.* 2013; (52):34-43.
10. Cunha MI. Os conceitos de espaço, lugar e território nos processos analíticos da formação dos docentes universitários. *Educ Unisinos.* 2008; 12(3):182-6.
11. Donato ME. Inovações na formação de docentes universitários: a experiência das ciências veterinárias. In: Cunha MI, organizador. *Reflexões e práticas em pedagogia universitária*. Campinas: Papyrus; 2007. p. 125-44.

12. Pereira EMA. Educação geral na universidade de Harvard: a atual reforma curricular. *Ens Super Unicamp*. 2011; 2(4): 55-71.
13. Cunha MI. Reflexões e práticas em pedagogia universitária. Campinas: Papyrus; 2007. p. 11-26.
14. Franco MAS. Prática docente universitária e a construção de conhecimentos: possibilidades de transformações no processo ensino-aprendizagem. *Cad Pedagog Univ Pro-Reitoria Grad USP*. 2009; (1):1-69.
15. Ea2 – Espaço de Apoio ao Ensino e Aprendizagem [Internet]. Título da página (do artigo) [acesso 2014 Mar 20]. Disponível em: <http://www.ea2.unicamp.br/>
16. Garcia MF, Espíndola AA, Sordi MRL. Processo de implementação do SINAES – Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior: contradições, tensões e possibilidades. *Rev Ibero-Am Est Educ*. 2011; 6(3):50-61.
17. Freitas LC. Qualidade negociada: avaliação e contra-regulação na escola pública. *Educ Soc*. 2005; 26(92):911-33.
18. Pimenta SG, Almeida MI, organizadoras. *Pedagogia universitária: caminhos para a formação de professores*. São Paulo: Cortez; 2011. p. 19-43.
19. Dourado LF, Oliveira JF. A qualidade da educação: perspectivas e desafios. *Cad Cedes (Campinas)*. 2009; 29(78):201-15.
20. Luz SP, Balzan NC. Programas de educação continuada para docentes da educação superior: um estudo avaliativo a partir dos resultados de uma tese. *Aval Rev Aval Educ Super*. 2012; 17(1):11-41.

Vasconcellos MMM, Sordi MRL. Formar a profesores universitarios: ¿Tarea (in)posible? *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):403-14.

Este artículo deriva de una investigación de posdoctorado relacionada con programas institucionalizados de formación docente. En el mismo, se pretende problematizar acciones formativas para la docencia en enseñanza superior realizadas en universidades públicas, con el objetivo de identificar riesgos, tensiones y desafíos enfrentados por los programas institucionalizados. Por medio de un estudio exploratorio descriptivo, fueron consultados coordinadores de programas y reconocidos investigadores del área de formación pedagógica universitaria, utilizándose la técnica de entrevista vía email. El presente análisis se apoya en el método hermenéutico dialéctico. Aparecen como desafíos la lucha constante, situada en la resistencia a las políticas reguladoras que caminan en dirección contraria a una educación que objetive la calidad social; la sustentabilidad de las políticas institucionales; la valorización de una formación pedagógica universitaria regida por principios éticos y políticos concordantes con la emancipación humana y, como estrategia de lucha contra hegemónica, aparece como esencial la construcción de redes de articulación entre los programas existentes.

Palabras clave: Enseñanza superior. Docencia universitaria. Programas de formación docente.

Submetido em 17/06/15. Aprovado em 21/09/15.

Colaboração interprofissional:

estudo de caso entre gestores, docentes e profissionais de saúde da família*

Francisca Alanny Araújo Rocha^(a)
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto^(b)
Ana Ester Maria Melo Moreira^(c)

Rocha FAA, Barreto ICHC, Moreira AEMM. Interprofessional collaboration: a case study between managers, teachers and family health professionals. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):415-26.

The present case study uses a qualitative exploratory approach to analyze the collaboration between managers and teachers from three Higher Education Institutions (HEI) - Private Institutions that adopt the Family Health Strategy (FHS) as their curricular training ground for their students, managers and professionals from the FHS teams in Juazeiro do Norte-CE. The theoretical framework that guided the research design and the subsequent analysis of the body of data was a typology of interprofessional collaboration. Data was collected during 2011 and 2012, using the following techniques: field diary, document review and 25 open interviews with managers and teachers of HEI, managers and health professionals of the Municipal Secretary for Health. The interprofessional collaboration between FHS professionals and teachers of the three HEI analyzed was found incipient, showing the need of the promotion of knowledge and practice in this field.

Keywords: Interprofessional relations. Continuing Health Education. Family Health.

Estudo de caso, de abordagem qualitativa, do tipo exploratório, com o objetivo de analisar a colaboração interprofissional entre gestores e docentes de três IES privadas que adotam a Estratégia Saúde da Família (ESF) como campo de estágio curricular para os seus discentes, gestores e profissionais das equipes da ESF, em Juazeiro do Norte-CE. O referencial teórico que orientou o desenho da pesquisa e a posterior análise do corpus de dados foi uma tipologia da colaboração interprofissional. A coleta de dados, realizada em 2011 e 2012, utilizou as seguintes técnicas: diário de campo, revisão de documentos e 25 entrevistas abertas com gestores e professores das IES, gestores e profissionais de saúde da Secretaria Municipal. A colaboração interprofissional analisada foi considerada incipiente, apontando a importância de se fomentarem saberes e práticas neste campo.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Educação Permanente em Saúde. Saúde da Família.

* Pesquisa do Programa de bolsas de produtividade em pesquisa e estímulo à interiorização da Capes (edital 02/2010).

A pesquisadora responsável é a segunda autora.

^(a) Instituto Superior de Teologia Aplicada. Rua Coronel Antonio Rodrigues Magalhães, 359, Bairro Dom Expedito Lopes. Sobral, CE, Brasil. 62011-230. alannyrocha2009@hotmail.com

^(b) Fundação Oswaldo Cruz. Fortaleza, CE, Brasil. ivana.barreto@fiocruz.br

^(c) Departamento de Psicologia, Universidade Federal do Piauí. Parnaíba, PI, Brasil. estermelouniversidade@gmail.com

Introdução

A colaboração pode ser entendida como um processo humano e, também, como uma articulação que implica cooperação, integrando variadas categorias profissionais para o trabalho coletivo em diversos contextos de prática, bem como no trabalho interorganizacional e interinstitucional^{1,2}. Relaciona-se com a tendência para novas formas de organização de serviços sociais e de saúde que demandam formação das redes de serviços e cuidados integrados para responder às necessidades dos cidadãos. Vêm ganhando espaço cada vez maior, inclusive, com a frequente inclusão de programas de educação interprofissional em cursos de graduação na área da saúde³⁻⁵.

O conceito de interprofissionalidade foi explorado por vários autores como parte do trabalho de fundo para iniciativas de saúde e na área social, no intuito de promover a educação interprofissional e a prática colaborativa^{1,2,6}. Equipes interprofissionais, por definição, são constituídas por duas ou mais categorias profissionais que compartilham conhecimentos e práticas para o planejamento e execução de projetos e atividades no seu contexto de trabalho⁷. Na literatura, encontram-se outras definições para o termo, como: o processo pelo qual os profissionais podem refletir e desenvolver formas de práticas que forneçam uma resposta integrada e coerente com as necessidades do usuário, sua família e comunidade, envolvendo uma interação longitudinal e a partilha de conhecimentos entre os profissionais, organizados para resolver ou explorar uma variedade de questões de educação e de cuidados continuamente, buscando estimular a participação do usuário^{1,2,6}.

Contudo, assumir condutas colaborativas em ambientes de trabalho não representa uma mudança ou, ainda, uma adoção de novas práticas que sejam fáceis^{8,9}. Este desafio requer que não só os profissionais envolvidos em campos de prática sejam responsáveis, mas, também, representa uma responsabilidade dos gestores, tendo estes a necessidade de afirmar, cada vez mais, o interesse para a promoção de uma transição de cuidados de saúde fragmentados para uma prática colaborativa que atenda às necessidades de saúde dos indivíduos cuidados^{1,9}.

Com a afirmação, nas diretrizes curriculares nacionais, para graduações em saúde, da necessidade de uma educação contextualizada¹⁰ e, portanto, da inserção de estudantes e professores nos serviços de saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF), na medida em que esta constitui modelo estruturante e principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹, estudos que analisem o processo de integração ensino-serviço ganham importância. Por este motivo, o objetivo do presente trabalho foi analisar o processo de colaboração interinstitucional por meio da análise da colaboração interprofissional entre gestores municipais de saúde e Instituições de Ensino Superior (IES), bem como entre professores, preceptores e profissionais da estratégia de saúde da família, em Juazeiro do Norte, no Ceará.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, pela possibilidade de cercar o objeto estudado em suas múltiplas relações e incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais^{12,13}.

O referencial teórico que orientou a criação, o desenho, o processo de coleta dos dados, o roteiro para entrevista aberta e a posterior análise do *corpus* de dados integralizado no trabalho de campo foi a produção teórica sobre colaboração interprofissional e uma tipologia deste processo criada por D'Amour^{1,8}, deixando espaço para outros elementos emergirem. A Tipologia da Colaboração Interprofissional (TCI) tem raízes na sociologia organizacional e foi desenvolvida com base no estudo realizado em unidades de atenção primária, e testado em equipes, entre organizações e em redes de atenção à saúde. O modelo adota quatro dimensões operacionalizadas em dez indicadores para a análise da ação coletiva⁹.

Duas das dimensões envolvem relações entre indivíduos e duas envolvem o ambiente organizacional. As dimensões relacionais são: 1) Objetivos comuns e visão compartilhada, que se referem à existência de objetivos comuns e sua apropriação pela equipe, bem como o reconhecimento de motivos divergentes. Seus indicadores são objetivos comuns e priorização das necessidades dos usuários *versus* outros interesses; e 2) Internalização, que se refere ao senso de pertencimento e conhecimento dos valores, disciplina e confiança mútua dos profissionais envolvidos, tendo como indicadores a interdependência e a confiança. As dimensões organizacionais são: 3) formalização, que esclarece as expectativas e responsabilidades envolvidas no processo colaborativo, tendo como indicadores Acordos Formais Firmados e Troca de Informações; 4) governança, quer dizer, as funções de liderança que suportam a colaboração, direcionando e apoiando os profissionais para a implementação de inovações relacionadas às práticas colaborativas interprofissionais, interorganizacionais e interinstitucionais. Os indicadores da Governança são Centralidade, Liderança, Suporte para Inovação e Conectividade. As dimensões estão inter-relacionadas e se influenciam mutuamente. A interação entre elas é capaz de capturar o processo inerente à colaboração interprofissional, embora esta esteja sujeita às influências de fatores externos, como recursos, restrições financeiras e políticas.

O presente estudo de caso ocorreu no município de Juazeiro do Norte (JN), que se localiza no Sul do Estado, a 514 km da capital Fortaleza¹⁴, e possui redes de serviços primários, secundários e terciários. Integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS, assumindo uma gestão que é de responsabilidade local, sendo referência em âmbito macrorregional. JN foi selecionado para cenário do estudo por se tratar de um município de grande porte que, em conjunto com o município de Crato, constituem o principal centro universitário do interior do Ceará.

Foram investigadas as três instituições privadas que ofertam cursos de graduação em saúde em JN e promovem estágios curriculares em unidades da ESF: Faculdades Leão Sampaio, Faculdade de Juazeiro do Norte e Faculdade Estácio de Medicina de Juazeiro do Norte, bem como a Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte (SMSJN), e unidades de saúde da família que recebiam estudantes de cada uma das instituições. A coleta de dados ocorreu em duas fases: durante o mês de agosto de 2011 e em outubro de 2012.

Na análise documental, foram revisados: o Relatório de Gestão do município, que apresenta o plano de gestão para o quinquênio 2009-2013, e o modelo de convênio realizado pelas IES com a SMSJN.

Foram realizadas 25 entrevistas abertas, a partir de um roteiro pré-elaborado, para atores representativos dos dois tipos de instituições envolvidas, as IES e a SMSJN: três profissionais do nível central da SMSJN envolvidos diretamente com o processo de colaboração com as IES e oito gerentes de unidades de saúde da família que recebiam estudantes de graduação. Nas IES, realizaram-se entrevistas com dois diretores, seis coordenadores de cursos de graduação e seis professores/preceptores de estágio.

Analisou-se cada instituição separadamente, considerando o discurso dos diretores, coordenadores e professores entrevistados, correlacionando-os ao discurso dos gerentes das unidades de saúde correspondentes aos seus campos de estágio. Os resultados são apresentados em termos das quatro dimensões e dos indicadores do modelo de colaboração interprofissional para cada caso. A partir das evidências que foram identificadas na revisão documental e, sobretudo, nos discursos dos entrevistados, categorizou-se o estágio de desenvolvimento da colaboração interinstitucional e interprofissional como: incipiente e/ou latente; em desenvolvimento; ou, ativo, conforme a Tipologia de Colaboração Interprofissional (TCI) de D`Amour^{1,8,9}.

A pesquisa foi desenvolvida e fundamentada segundo os princípios éticos da resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre pesquisa envolvendo seres humanos¹⁵, cumprindo as exigências e regulamentações específicas contidas nesta resolução. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Análise dos resultados

Revisão documental - modelo de convênio para concessão de estágio

O texto do modelo de convênio aborda as condições para a realização de estágios curriculares pelos alunos com matrículas ativas, permitindo o acesso dos docentes e discentes aos serviços da SMSJN, de acordo com a informação do contratante¹⁴. O estabelecimento de um instrumento jurídico-normativo, como um convênio, contempla a dimensão de formalização da TCI e seu indicador acordos firmados¹⁻⁶.

O plano de trabalho pode ser uma referência para a viabilização de ações que contribuam com a qualidade do serviço de saúde, mediante o apoio prestado aos profissionais da ESF, e, ainda, deflagrar as dimensões da internalização¹, a partir da proposição de atividades conjuntas, potencializando a ideia de equipe e objetivos comuns¹⁻⁴. Quanto à dimensão da governança, esta pode ser deduzida a partir da atitude dos gestores desse processo, que são lideranças formais das instituições envolvidas.

Relatório anual de gestão/exercício 2009

O relatório de gestão é um instrumento básico de planejamento, sendo considerado fundamental para o processo de construção do SUS. Para efetivação do processo de descentralização, cada instância do SUS – neste caso, o município de JN – deve dispor de um plano de saúde, cujo desenvolvimento e os resultados devem estar expressos no respectivo relatório de gestão.

Na análise do relatório de gestão, conseguiu-se identificar os seguintes registros de projetos de colaboração interprofissional¹⁻⁵ que implicam integração ensino-serviço, como: o compromisso da gestão na qualificação da assistência à saúde por meio da educação permanente dos profissionais, e, finalmente, referência de formação para alunos de escolas de Ensino Médio e universidades para atuarem como multiplicadores de um processo de educação permanente sobre detecção de casos de hanseníase. Nestes registros, não havia referência às parcerias que poderiam ser firmadas com IES.

Ao se analisar a partir das dimensões da colaboração interprofissional¹⁻⁵, de uma forma geral, pode-se considerar que a ausência de uma referência mais sistematizada sobre parcerias entre IES e a SMSJN, no contexto da ESF, evidencia: a fragilidade de objetivos e visão compartilhados, internalização e governança de processos de integração ensino-serviço, e a ausência de implicação à governança da colaboração com as IES. Compreendemos que o respectivo documento não possui componentes elementares para a avaliação dos indicadores do TCI.

Análise do processo de colaboração interprofissional - coordenadores, professores/preceptores das IES, gestores da SMSJN e gerentes de unidades da ESF

De acordo com os relatos colhidos nas entrevistas, constataram-se ações que deflagram atividades de colaboração interprofissional¹⁻⁵ entre preceptores, estudantes e profissionais da ESF, nas três IES do estudo, porém, não caracterizam o TCI^{1-5,9}. De início, será apresentada uma síntese destas ações e, posteriormente, a descrição de como os informantes-chave avaliaram que estas podem contribuir para a atenção e a educação na saúde:]

- Atendimento e organização da demanda espontânea, que ocorre a partir da divisão do número de consultas entre profissionais, alunos e preceptores, para a agilidade nos atendimentos e a organização dos usuários na sala de espera.
- Realização de programas por ciclos de vida ou por doenças crônicas: ocorrem a partir da divisão do atendimento da demanda programada e educação em saúde na sala de espera. Os envolvidos são alunos, preceptores e profissionais de saúde, e essa se processa na própria unidade de saúde nos programas definidos pela Política Nacional de Atenção Básica¹⁶;
- Atividades coletivas programadas na comunidade em datas significativas ou comemorativas são sugeridas pela gestão de saúde do município para que os atores da IES contribuam com o trabalho realizado em parceria com profissionais de saúde;

▪ Projetos de extensão que ocorrem na comunidade, em escolas e hospitais com periodicidade regular, e objetivam a prestação da atenção qualificada à saúde em benefício da comunidade. Algumas destas experiências contam com o apoio dos profissionais de saúde, outras ocorrem diretamente na comunidade sob a coordenação apenas da IES.

Nessa perspectiva, identificou-se, de uma forma geral, que, na percepção de preceptores das IES, gestores municipais e gerentes das UBS, estas atividades conjuntas permitem: maior organização do atendimento ambulatorial; aumento da confiança da comunidade em relação à equipe; identificação da necessidade de adequação do processo de trabalho; informação à comunidade sobre práticas saudáveis e organização da unidade de saúde; identificação de outros espaços de atenção à saúde, como escola, comunidade e domicílio; diversificação de atividades em promoção da saúde; fortalecimento da articulação intersetorial; reconhecimento da necessidade de relativizar os conhecimentos e as práticas acadêmicas em relação ao saber popular; diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem; abertura para o envolvimento interdisciplinar e/ou interprofissional; promoção do compromisso dos atores para atender a necessidade evidenciada na comunidade; fortalecimento do aprendizado docente¹.

Análise do processo de colaboração interprofissional entre coordenadores e preceptores das IES, gestores municipais e gerentes de unidades da ESF por IES - Instituição de Ensino Superior A

A IES A possui quatro unidades em funcionamento com seis cursos de graduação na área de saúde. Destes, apenas os cursos de Serviço Social e Enfermagem realizam estágios na ESF. De acordo com o registro do diário de campo e entrevista com o gestor, a instituição reconhece a importância de qualificar o processo de trabalho e a formação, objetivando as necessidades sociais, do SUS e da ESF.

Os entrevistados da IES reconheceram como satisfatória a parceria estabelecida com o sistema municipal de saúde, embora identificassem algumas situações-limite no âmbito do TCI^{1-5,9}. No que diz respeito aos objetivos compartilhados, as respostas dos participantes permitem classificar como latente a integração da IES com a ESF, e, em relação à ausência de objetivos em comum ou o conflito destes, conforme relato:

“a gente viu a necessidade de estar expandindo o campo para o enfermeiro do serviço acompanhar, porque às vezes ele trava o serviço do preceptor que é da instituição de ensino; em alguns momentos, a gente tem que fazer negociações [...]. Na maioria das vezes, o que se deixa perceber é a questão financeira; se eu tô aqui, se eu sou enfermeiro e eu posso ganhar um pouco mais, por que é que eu não vou ganhar?”. (Coordenador 5)

Os atores dessa IES restringem a colaboração interprofissional¹ como o apoio que é recebido por meio da abertura do campo de estágio pelos profissionais da ESF para garantia do desenvolvimento do estágio curricular. Ou seja, para eles, a colaboração é focada na formação dos estudantes, o que pode favorecer interesses unilaterais da parceria. Por outro lado, ficam desconfortáveis ao sentirem, nos profissionais, uma cobrança de remuneração pelo encargo de receberem os estudantes no serviço.

Quanto à dimensão da internalização, houve relatos de atuação em conjunto, nos quais a confiança no parceiro é expressa, correspondendo a um processo de colaboração em desenvolvimento:

“[...] então, a gente criou uma demanda e um serviço que acho que assim, é a grande contribuição da faculdade né, a gente tá ampliando a prestação de serviço e eles por outro lado cederam o espaço [...] eu acho que a grande contribuição desses dois lados né, e ela é valorosa, porque um sem o outro não acontece”. (Coordenador 6)

De acordo com os entrevistados, existe uma interdependência entre a IES e os profissionais da ESF, entretanto, os discursos revelam que a proposição das ações nos serviços partia mais dos

coordenadores da IES A. A concepção ou formulação destas ações não é compreendida como produto comum, pois os serviços de saúde disponibilizam apenas o espaço. De acordo com a fala a seguir, proferida por um profissional do sistema de saúde, estes não são responsáveis pela formação do aluno:

“O profissional médico ou enfermeiro que esteja lá para receber esses estudantes são meros expectadores e acompanham por quê? Porque são profissionais de saúde e são responsáveis pelo posto e por esse pessoal está utilizando o equipamento do município eles tem obrigação apenas de observar [...]”. (Profissional 1)

Cabe um questionamento: como os profissionais podem se comportar apenas como expectadores, se os estudantes estão participando do processo de atenção à saúde dos usuários sob sua responsabilidade?

Quanto à dimensão, aos objetivos comuns e à visão compartilhada, a dissonância entre profissionais da IES A e os do sistema municipal de saúde resultou na categorização do processo de colaboração como latente.

Observou-se uma baixa frequência de encontros formais e informais entre membros da IES e da ESF, portanto, o indicador conhecimento mútuo da dimensão internalização foi considerado latente. No que diz respeito ao indicador confiança, categorizamos como em desenvolvimento, pois, segundo os discursos, o envolvimento dos estudantes nas ações remete segurança aos profissionais de saúde quanto à ampliação da atenção à saúde aos usuários e, aos professores, mais oportunidades de aprendizado para os estudantes.

Em termos da governança, os resultados revelam que, quanto ao indicador conectividade, a colaboração estava latente: “[...] foi o único momento que nós tivemos a territorialização do campo de estágio e, nesta territorialização, nos exigiram um plano de trabalho, mas não tivemos nenhum retorno [...]” (Coordenador 5).

Abordando a discussão na necessidade de conectividade, Albuquerque¹⁷ revela que a criação de espaços de interseção entre ensino e serviço são de grande importância para a consolidação do SUS, bem como para a formação em saúde. Desse modo, entende-se que é a partir da interlocução em instâncias colegiadas que se formulam táticas e estratégias comuns e se resolvem conflitos.

No que se refere à liderança, de acordo com as falas, esta é pontual, fragmentada e realizada sem foco por atores diversos, o que revela ausência de um coordenador para conduzir o processo de colaboração.

“Eu acho que mais comunicação né? Eu acho que, assim, no momento que a gente solicita o estágio, uma das condições, talvez até do parceiro, fosse realmente que nós tivéssemos reuniões semestrais juntos aos coordenadores que fazem as estratégias de saúde no município [...]”. (Coordenador 6)

Mesmo com os relatos da falta de apoio para que a colaboração aconteça, consegue-se, ainda, identificar, nos discursos, um estímulo para práticas inovadoras:

“Nós acabamos tendo levantamentos de dados e que no final acabam suscitando algumas possibilidades de intervenção na comunidade [...], alguns projetos nós já temos e se criam outros projetos, outras coisas pra que essa comunidade seja atendida”. (Coordenador 6)

Quanto à dimensão da formalização, as relações de colaboração na IES A com a Secretaria Municipal estavam baseadas em um convênio. Dessa forma, o indicador é considerado como em desenvolvimento.

No que se refere aos mecanismos de troca de informações, os mesmos não apresentam uma instância colegiada que permita o alinhamento de conceitos, objetivos e práticas para assegurar a formação profissional e o cuidado em saúde de qualidade. As falas destacam a ausência de momentos

de integração para discutir as responsabilidades de cada organização e apresentam sugestões para que isso aconteça.

Portanto, realizando-se uma síntese das dimensões e dos indicadores de colaboração interprofissional da Tipologia de D`Amour^{1,8,9}, o processo de colaboração em curso entre a IES A e a SMJN pode ser classificado como latente.

Instituição de Ensino Superior B

Trata-se de instituição privada com três cursos na área de saúde. Dentre estes, apenas o curso de medicina participou da pesquisa, por ser o que desenvolve suas atividades, em especial, na ESF¹⁰. Como apontada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, a abordagem pedagógica é orientada por um mix de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Como estratégia educacional, o estudo de caso e a reflexão sobre filmes são metodologias de ensino bastante utilizadas. Como estratégia de formação docente, a instituição incentiva que os professores participem de uma pós-graduação *on-line* de Docência do Ensino Superior. De acordo com registros do diário de campo, entende-se que a busca para se constituir uma IES coerente com princípios da Atenção Primária em Saúde e voltada para as necessidades locais, orientou as atividades de integração ensino-serviço na IES B¹⁰.

Segundo as informações prestadas pela gestora da IES, o curso de Medicina possui a Medicina de Saúde da Família e Comunidade como espinha dorsal do Projeto Político Pedagógico e do currículo. Entre os docentes, estão os que atuam como preceptores do serviço de Medicina de Família e Comunidade, além dos professores das respectivas disciplinas. Essa dupla inserção dos docentes é uma política pedagógica, pois potencializa o processo de ensino-aprendizagem e qualificação na formação dos estudantes, coerente com as dimensões e indicadores do TCI^{1-5,9}.

Destaca-se, ainda, que esta IES representa uma singularidade no que diz respeito à colaboração interprofissional^{1-5,9}, tendo em vista a existência de disciplinas com estágios desenvolvidos na APS ao longo de todos os semestres e a compreensão dos atores da necessidade do fortalecimento do vínculo entre ensino e serviço para contribuir na formação e na atenção à saúde do usuário. No entanto, algumas fragilidades desta relação com a ESF também são reveladas pelos entrevistados, que classificaram como boa a parceria com a ESF, mas pontuaram com veemência a possibilidade de ampliar a relação para contribuir com a qualidade da atenção de saúde em JN.

No que se refere aos objetivos comuns, essa IES destaca, a partir da extração de algumas falas, que existe interesse na CI da atenção à saúde, mediante o envolvimento dos estudantes no campo, somado à contribuição prestada pelo preceptor na assistência.

“[...] a estrela é o paciente, você trabalha para ele. Ele é o artista principal, ele é quem você tem que olhar, então ele é quem vai ganhar. Eu acho que quando houver esta interpelação né, essas mãos dadas entre os dois lados, eu acho que quem ganha de forma geral, é o paciente [...], o que eu vejo de positivo é que a comunidade é quem mais ganha”. (Coordenador 1)

O discurso, portanto, revela que a IES compreende seu processo de formação além da garantia da competência técnica no estudante. Ela deve contemplar, também, uma competência social e política para a prestação do cuidado no SUS. A IES B, assim como a IES A, oferece como contrapartida para SMSJN o fornecimento de insumos para o desenvolvimento de atividades por estudantes e preceptores.

Considerando os objetivos comuns^{1-5,9}, a leitura analítica das falas permitiu compreendê-los como latentes em relação à colaboração interprofissional, pois, embora existam propósitos explicitados pelos atores da IES B, não se verificou o compartilhamento destes por parte dos atores da SMSJN.

Quanto à dimensão da internalização^{1-5,9}, verificamos que os depoimentos dos entrevistados documentaram a existência da convivência de estudantes, preceptores e profissionais nos espaços da ESF por meio de atividades regulares durante os estágios: “o estudante, quando entra, ele vem com

toda força, realiza muita educação e saúde, visita, realiza curativo, então, assim, é um grupo a mais para dar um suporte” (Profissional 4).

Considerando que gestores e professores da IES B acreditavam na potencialidade do estágio na ESF como espaço de ensino-aprendizagem e na permissão para utilização deste espaço por gestores da SMSJN e profissionais da ESF, o indicador confiança pode ser considerado em desenvolvimento.

Em relação à dimensão governança, esta caracterizou-se pela fraca centralidade, pois a autoridade central do processo não estava definida, o que impedia um direcionamento claro das ações. Também, não se captou a promoção de práticas inovadoras nem o suporte destas por ambas as instituições. Reuniões regulares para planejamento e avaliação da parceria também não foram citadas.

Quanto à dimensão de formalização, o acordo assinado pela ESF e esta IES por meio de convênio não é considerado suficiente para garantir a colaboração entre instituições, mas acrescenta no processo.

Diante do exposto sobre cada dimensão e seus indicadores¹, o que se infere sobre esta relação é que a colaboração^{1-5,9} ainda se encontra em estágio latente, com potencial para iniciar o processo de desenvolvimento do TCI. A ausência de maior articulação entre os parceiros fragiliza esta construção. Compreendemos que a IES B possui projeto político-pedagógico e estratégias de ensino coerentes com as dimensões da colaboração interprofissional, e um direcionamento claro na formação de médicos preparados para atuar na ESF, porém, a SMSJN não possuía estratégias para o fortalecimento deste processo.

Instituição de Ensino Superior C

A IES C é uma instituição de ensino privada que possui convênio com a SMSJN para as atividades dos cursos de Farmácia, Nutrição e Enfermagem, mas somente o último realiza estágios na ESF.

Considerando os objetivos comuns^{1-5,9} segundo informações do seu gestor e dos registros do diário de campo, captaram-se as seguintes informações: cada disciplina tem um professor de estágio, denominado preceptor, que acompanha de cinco a seis estudantes no serviço. A instituição apresenta uma relação aproximada com a ESF, tanto por corresponder a um campo de estágio que permite as atividades de ensino, pesquisa e extensão, como, também, pela presença de atores importantes que atuam nas duas instituições.

Compreendemos a existência do processo de colaboração entre o indicador latente^{1-5,9}, buscando estabelecer confiança e interdependência das partes pelas ações desenvolvidas em espaços comuns e pelo reconhecimento dos gestores, da necessidade de fortalecer parceria para atender aos interesses organizacionais e, conseqüentemente, beneficiar a população assistida pelo Sistema Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte.

A análise das falas mostra que os profissionais de saúde não conseguem compartilhá-los com os preceptores da IES, embora alguns extratos sugerissem que as ações desenvolvidas na ESF estivessem centradas para atender às necessidades da comunidade assistida. A fragilidade na dimensão de governança resultava, entretanto, em ações fragmentadas, pontuais e unilaterais.

“Eu acho que poderia acontecer dentro desse processo um trabalho com os profissionais das unidades para que eles entendam qual realmente o verdadeiro objetivo de ter uma contribuição e uma parceria com ensino dentro das unidades, porque às vezes essa relação não tá muito clara [...], então isso acaba sendo impedimento pra que as atividades se realizem a contento”.

(Preceptor 5)

Considerando a dimensão da internalização, os discursos, em sua maioria, revelam que as relações são harmoniosas, apontando para uma tendência das duas instituições incorporarem a ideia de equipe no campo da ESF. A confiança está sendo estabelecida pela garantia da parceria, no entanto, a ausência de momentos de encontro e reflexão sobre o processo entre profissionais da saúde e preceptores o empobrece.

A parceria torna-se menos uma iniciativa colaborativa para restringir-se à substituição pontual do trabalho dos profissionais da ESF pelo labor dos estudantes e preceptores em atividades específicas.

Este tipo de parceria permite o estabelecimento de algum nível de confiança, porém, não corresponde a uma prática colaborativa, porque ocorre de forma paralela, e não transversal.

“[...] a enfermeira abre realmente o espaço. A gente tem, eu me considero com livre arbítrio dentro da unidade, sabe? A gente tá ali pra ajudar né, um pra ajudar o outro, a gente não tá pra atrapalhar muito pelo contrário, tá pra tentar resgatar tipo, às vezes não consegue fazer uma visita e tem alguma coisa e a gente vai e faz sabe”. (Preceptor 4)

Em relação à governança, os dados mostram que não existe autoridade central, o que ocasiona a indefinição de responsabilidades mais claras entre as organizações para contribuir no processo de colaboração. De acordo com muitos profissionais entrevistados, é preciso que haja mais envolvimento dos gestores municipais e das unidades de saúde para que ocorra uma abordagem coletiva:

“Eu acho que o gestor deveria tá mais ligado às faculdades, sabe? Pra justamente promover mais a interação entre o enfermeiro da unidade e o enfermeiro preceptor, porque a gente passa ali, mas de certa forma você só vem se também tiver amizade e dizer: ó, isso aqui é assim, assim, você não tem abertura e você também não pode chegar criticando a unidade de saúde ou o profissional, porque isso é respeito [...]”. (Preceptor 4)

Quanto ao indicador de práticas inovadoras¹, conseguiu-se captar, apenas nas falas dos profissionais da IES, algumas ações direcionadas à colaboração, porém, com pouco impacto, correspondendo à categoria latente no referencial teórico adotado.

A análise da dimensão de formalização² revelou que, embora as responsabilidades estabelecidas e as obrigações tenham sido definidas no termo de convênio firmado entre as duas organizações, este não incorpora planos de trabalho que garantam ações em conjunto. De fato, a articulação se dava informalmente e, por vezes, era conflituosa e não consensual. Não se captou, nas falas, a existência de espaços comuns para a troca de informações, apenas reuniões pontuais no período que antecede os estágios curriculares para a distribuição dos estudantes nas unidades de saúde. Portanto, sintetizando a análise, considera-se que a colaboração¹⁻⁵ está em deslocamento indicador latente.

Considerações finais

No presente trabalho, pretendeu-se investigar o processo de colaboração interprofissional entre IES e a SMSJN, por meio de um estudo de caso ancorado na tipologia da colaboração interprofissional^{1-5,8,9}. Os resultados evidenciaram que a colaboração da SMSJN com as três IES estudadas estava em um estágio latente, parecendo contribuir, ainda de forma tímida, para a qualidade da formação e da atenção à saúde.

Compreendemos que a política de educação permanente em saúde com potencialidade de integração não estava registrada nos documentos revisados nem foi citada pelos entrevistados como um objetivo.

A propósito das dimensões relacionais, não foram identificados objetivos comuns e internalização ativos na integração ensino-serviço, em especial, no que diz respeito à colaboração interprofissional^{1-6,9}.

Na dimensão da internalização, observou-se de forma latente e/ou em desenvolvimento por meio de processos de confiança entre as instituições, o que permitiu que a SMSJN abrisse o espaço das unidades da ESF para a participação de estudantes e professores no processo de trabalho; e, da parte das IES, a aposta na potencialidade dos processos de ensino-aprendizagem nestes contextos de trabalho. Entretanto, as raras oportunidades de encontros formais e informais reduziam as possibilidades para conhecimento mútuo.

Quanto aos aspectos organizacionais na dimensão de governança, não foi identificado um gestor municipal para implicação no processo de colaboração com as IES. Destaca-se que o espaço de

trabalho parece não ser visto como campo efetivo de ação coletiva para professores e profissionais de saúde. Supõe-se que esta percepção resulte, provavelmente, da ausência de atores sociais que induzam à integração e ao planejamento coletivo de atividades.

Uma liderança formal envolvida seria capaz de promover maior participação dos profissionais da ESF no processo. No discurso do gestor da IES B, capturou-se comprometimento e interesse na colaboração com a SMSJN para o desenvolvimento da ESF, porém, o desejo pareceu ser unilateral. Alguns preceptores relataram o desenvolvimento de novas ações de saúde nas unidades e no seu território de abrangência, assumindo o papel de protagonistas informais do processo.

Na dimensão de formalização, apesar da existência de acordos formais, não houve registro de ferramentas para troca de informações.

Construindo uma síntese da análise realizada, consideramos que os processos de colaboração interprofissional^{1-5,9} entre a SMSJN e as IES participantes do estudo estão em estágio latente. A priorização política do processo, tanto pelos gestores municipais de saúde quanto pelos das IES, bem como a ampliação da visão dos atores, consiste em um dispositivo importante neste caminho.

A Tipologia da Colaboração Interprofissional^{1-6,9} foi útil para uma compreensão qualitativa da integração entre a SMSJN e as IES, revelando os diversos elementos que devem ser desenvolvidos para fortalecimento deste processo. Por outro lado, também possui limitações, dado que não considera fatores internos e externos que influenciam no trabalho interprofissional, tais como restrições financeiras. É importante reconhecer que a não-inclusão de estudantes e usuários no estudo representa limitação importante.

Colaboradores

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

Referências

1. D'Amour D, Ferrada VM, San Martín RL, Beaulieu MD. Conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *J Interprof Care*. 2005; 19 Supl 1:116-31.
2. Center for the advancement of interprofessional education. *Interprofessional education in pre-registration courses*. United Kingdom: Caipe; 2012.
3. Bridges DR, Davidson RA, Odegard PS, Maki IV, Tomkowiak KJ. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ*. 2011; 16(6035):1-10.
4. World Health Organization. *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice: report of a WHO Study Group Health Professions Network Nursing and Midwifery Office within the Department of Human Resources for Health*. Geneva: WHO; 2010.

5. McLaney E, Strathern L, Johnson S, Ackley DA. An interprofessional education approach to teaching collaborative documentation practice: exploring development, delivery and outcomes using the presage, process, product (3P) model. *J Interprof Care*. 2010; 24(4):466-9.
6. Furtado JP. Arranjos institucionais e gestão da clínica: princípios da interdisciplinaridade e interprofissionalidade. *Cad Bras Saude Mental*. 2009; 1(1):1-11.
7. D'Amour D, Oandasan I. Interprofessionalism as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emerging concept. *J Interprof Care*. 2005; 19(1):8-20.
8. Smith KG, Carrol SJ, Ashford SJ. Intra and interorganizational cooperation: toward a research agenda. *Acad Manage J*. 1995; 38(1):7-23.
9. D'amour D, Goulet L, Labadie JF, Rodriguez LSM, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Serv Res*. 2008; 8(188):1-14.
10. Resolução nº 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação de Medicina. *Diário Oficial da União*. 7 Nov 2001.
11. Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 28 Jun 2011.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
13. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4a ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
14. Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte. Relatório anual de gestão. Juazeiro do Norte: Secretaria de Saúde de Juazeiro do Norte; 2011.
15. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*. 10 Out 1996.
16. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
17. Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(3):356-62.

Rocha FAA, Barreto ICHC, Moreira AEMM. La colaboración interprofesional entre directivos, maestros y profesionales de la salud de la familia: un estudio de caso. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(57):415-26.

El presente es un estudio de caso con enfoque cualitativo y exploratorio, elaborado con el fin de analizar la colaboración interprofesional entre los directivos y los docentes en tres instituciones de educación superior privadas que adoptan la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) como un campo de entrenamiento curricular para sus estudiantes, directivos y profesionales de los equipos de la ESF en Juazeiro, estado de Ceará, Brasil. El marco teórico que guía el diseño de la investigación y el posterior análisis del corpus de datos es una tipología de colaboración interprofesional. Para la recolección de datos, que se realizó entre 2011 y 2012, hemos utilizado las siguientes técnicas: diario de campo, revisión de documentos y 25 entrevistas abiertas con los directivos, profesores de IES, gerentes y profesionales de la salud de la Municipalidad local. La colaboración interprofesional entre los profesionales de la ESF y profesores de las tres instituciones educativas analizada fue considerada aún como incipiente, apuntando la importancia de fomentar prácticas y saberes en este campo.

Palabras clave: Relaciones interprofesionales. Educación Continua in Salud. Salud de la Familia.

Submetido em 04/06/15. Aprovado em 05/10/15.

Docência em saúde: percepções de egressos de um curso de especialização em Enfermagem*

Maria Aparecida de Oliveira Freitas^(a)
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha^(b)
Sylvia Helena Souza da Silva Batista^(c)
Rosana Aparecida Salvador Rossit^(d)

Freitas MAO, Cunha ICKO, Batista SHSS, Rossit RAS. Teaching in health: perceptions of graduates of a Nursing specialization course. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):427-36.

This study is about the graduates' perception of the teachers' work on nursing specialization, and is part of a research completed in 2013, with 29 graduates. It is a qualitative study with two stages of data collection: a questionnaire with open and closed-ended questions and a semi-structured interview. Data analysis was performed by content analysis in thematic mode, identifying the both contextual and registration units to build analytical categories. The results reveal the importance of the professors' pedagogical training to understand their role as learning mediators. There is still much to investigate about teaching training and practice in higher education, exploring trajectories, identifying gaps and proposing ways of training that will prepare them to meet the needs and interests of the twenty-first century students.

Keywords: Teaching. Nursing education. Higher education.

Trata-se da percepção de egressos acerca do trabalho docente na especialização em Enfermagem, e é parte de pesquisa, finalizada em 2013, com 29 egressos. Estudo de abordagem qualitativa com coleta de dados em duas etapas: aplicação de questionário com perguntas abertas e fechadas, e entrevista semiestruturada. A análise dos dados foi realizada pela técnica da análise de conteúdo na modalidade temática, com identificação das Unidades de Contexto e de Registro para construção de categorias analíticas. Os resultados revelam a importância da formação pedagógica do professor universitário para compreender a relevância de seu papel de mediador de aprendizagens. Ainda há muito a se investigar sobre a formação e a prática docente no Ensino Superior, explorando trajetórias percorridas na formação, identificando lacunas e propondo caminhos de formação docente que os preparem para atender às necessidades e interesses dos estudantes do século XXI.

Palavras-chave: Trabalho docente. Educação em Enfermagem. Educação Superior.

* Extraído de "Percepções de egressos sobre o processo de ensinar e aprender no curso de Educação Continuada em Enfermagem sob as perspectivas da Aprendizagem Significativa e de Adultos", tese de doutorado apresentada à Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, em 2013.

^(a,b) Departamento de Administração e Saúde Coletiva, Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo (EPE/Unifesp). Rua Napoleão de Barros, nº 754, sala 319, Vila Clementino. São Paulo, SP, Brasil. 04024-002. maofreitas@unifesp.br; isabelcunha@unifesp.br

^(c,d) Departamento de Saúde, Educação e Sociedade, Unifesp, Campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. Sylvia.batista@unifesp.br; rorossit@hotmail.com

Introdução

O início do século XXI está sendo marcado por inúmeras discussões sobre o Ensino Superior, em especial, na área da saúde. Uma dessas discussões, já bastante recorrente, diz respeito à necessidade de que haja profissionalização do docente. Investir em sua educação permanente é a forma de refletir sobre os inúmeros desafios que são permanentemente colocados a estes profissionais neste segmento de ensino.

Dentre esses desafios, podemos destacar a necessidade, cada vez maior, de lidar com turmas numerosas, alunos dispersos por diferentes motivos – e, aqui, a tecnologia digital exerce forte influência. Colaborar para que os estudantes transformem informação em conhecimento significa investir em metodologias ativas de ensino para mobilizá-los a uma aprendizagem que seja significativa, duradoura e transformadora.

Outro aspecto importante que merece ser considerado pelos docentes do Ensino Superior, é compreender a avaliação da aprendizagem como um processo valorizando procedimentos que possibilitem a análise dos progressos dos estudantes quanto ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Compreender o que é ser professor do Ensino Superior, especialmente na área da saúde, demanda constantes reflexões sobre como transformar práticas pedagógicas que hoje não atendem mais às necessidades e interesses dos estudantes. Na atualidade, como o acesso à informação se faz de maneira rápida, apenas dar aulas expositivas, sem que o estudante seja sujeito do processo, já não é suficiente para formarmos o profissional crítico e reflexivo que a sociedade tem exigido; o professor deverá atuar como mediador, auxiliando o estudante a construir seu conhecimento de forma crítica.

Transformar informação em conhecimento, e mais especificamente, que tenha significado e, portanto, seja transformador de práticas, tem sido um grande desafio para professores e estudantes. Hoje, já não cabe mais aprender por repetição e reprodução de modelos previamente transmitidos, decorando conceitos, sem se apropriar e sem saber o que fazer com essas informações.

Trabalhar para que os estudantes aprendam significativamente demanda refletir sobre a essência da Aprendizagem Significativa, e colaborar para que esses estudantes exercitem as interações mentais necessárias entre aquilo que já sabem e o novo conhecimento que lhes é apresentado, resgatando saberes prévios que, adormecidos ou pouco utilizados no processo de aprendizagem, não fazem sentido para eles¹.

Para Ausubel, Novak e Hanesian¹, o aprendiz não é um receptor passivo. Longe disso, para aprender, deverá fazer uso dos significados que já internalizou, em que conhecimentos prévios assumem um importante papel no processo de aprendizagem, pois, quando novas informações são incorporadas à estrutura cognitiva do sujeito e este já possui algum conhecimento sobre determinado assunto, os subsunçores ou ideias-âncora, vão adquirindo novos significados, tornando-se diferenciados e mais estáveis^{2,3-5}.

Porém, Ausubel, Novak e Hanesian¹ afirmam que não basta que as interações entre o novo e o velho conhecimento aconteçam para que se afirme que haverá aprendizagem significativa. É preciso que, nesse processo, o sujeito da aprendizagem esteja predisposto a aprender significativamente – querendo relacionar os novos conhecimentos àqueles já existentes – atribuindo significado a esses novos conhecimentos; e, também, que o material a ser aprendido seja potencialmente significativo, cabendo, ao docente, a tarefa de selecionar e organizar este material^{4,6}.

Hoje, não há mais espaço para a repetição automática, para a aprendizagem mecânica e que não seja significativa. Os estudantes precisam aprender de maneira que aquele novo saber ou o saber reconstruído faça sentido, uma vez que intervir no real é o fim último da aprendizagem, e esta não é uma atividade que o aprendiz exerça sozinho, pois o docente tem papel fundamental e deverá ser o mediador desse processo^{2,7}.

Exercer a docência dentro destes pressupostos, especialmente para alunos do Ensino Superior, exige dos professores – que, na sua maioria, ainda trabalha com a pedagogia da transmissão, replicando modelos nos quais foram formados e cujos saberes pedagógicos são uma lacuna na prática docente – compreenderem que, nos dias de hoje, não podemos mais ensinar como no século passado.

Assim, transmitir e repassar, aos alunos, informações que são saberes construídos pelos professores, sem que seus significados tenham sido objeto de reflexão, compreendidos e incorporados pelos sujeitos que aprendem, requer compreensão de que o “adulto universitário tem maior capacidade de reflexão sobre o conhecimento e seus próprios processos de aprendizagem”⁸ (p. 89-90).

Considerando as transformações pelas quais a educação vem passando e os estudos que têm demonstrado como os sujeitos aprendem, faz-se necessário transformar os modelos educacionais ainda hoje alicerçados no paradigma tradicional de ensino, que adota estratégias educativas de ensinar de forma massificante, fragmentada, reducionista e reprodutiva.

Essa visão de fragmentação pode ser compreendida nas palavras de Behrens⁹, quando indica que: “[...] a fragmentação do conhecimento tem sido focalizada como o maior desafio a ser transposto para acompanhar o paradigma da complexidade e os desafios impostos pela Sociedade do Conhecimento”⁹ (p. 25).

O paradigma inovador ou emergente¹⁰⁻¹² desafia universidades e professores a adotarem uma metodologia inovadora, levando em conta: os saberes prévios dos estudantes, sua realidade social, política, profissional e cultural. Para tanto, “é essencial a proposição de novos modelos educativos que estudem os fenômenos complexos que predominam hoje, e atendam às necessidades humanas de forma dialógica e colaborativa”¹³ (p. 3).

Nesse sentido, os profissionais que hoje procuram as universidades em busca de aperfeiçoar suas práticas, certamente, avaliam o perfil e a forma como os professores preparam e desenvolvem suas aulas, e são críticos de posturas docentes que, apoiadas no paradigma tradicional de ensinar, passam a transmitir informações sem considerar que aqueles estudantes desejam conhecimentos que vão além da simples informação.

O objetivo deste artigo é apresentar a percepção de egressos sobre a docência desenvolvida em um curso de especialização de educação continuada em Enfermagem.

Metodologia

O estudo foi desenvolvido adotando-se a abordagem qualitativa, com 29 egressos de um curso de especialização de educação continuada em Enfermagem de uma Universidade Pública Federal, na região sudeste do Brasil, concluintes de 2007 e 2011, inclusive.

Os dados foram coletados em duas etapas: na primeira, aplicou-se um questionário¹⁴ com perguntas abertas^(e) e fechadas^(f). As perguntas fechadas permitiram traçar o perfil dos sujeitos, e as abertas foram elaboradas a partir das seguintes questões norteadoras: Quando ingressaram no curso quais eram suas expectativas? O que pensam ser ensinar e aprender? Como veem a participação docente no curso? O que é, sob a perspectiva dos egressos, Aprendizagem Significativa? Os egressos identificaram, no decorrer do curso, vivências de Aprendizagem Significativa? Se sim, por que consideraram a aprendizagem significativa e quais foram as características dessa aprendizagem? Dos 29 questionários enviados na primeira fase, obteve-se o retorno de vinte (69%) instrumentos plenamente respondidos pelos egressos.

Na segunda etapa da pesquisa, com vistas ao aprofundamento dos dados coletados na primeira fase, elaborou-se um roteiro de entrevista semiestruturada¹⁵, a partir de três núcleos temáticos que emergiram das respostas às questões abertas do questionário. Foram eles: processo ensino-aprendizagem;

^(e) Perguntas abertas: também chamadas de livres ou não limitadas¹⁴, dando aos sujeitos oportunidade de se expressarem livremente sobre o assunto.

^(f) Perguntas fechadas: também denominadas limitadas ou alternativas fixas¹⁴, onde o sujeito escolhe sua resposta dentre um rol de opções apresentadas.

aprendizagem significativa e participação docente no curso de especialização de educação em Enfermagem.

Uma vez elaborado o roteiro de entrevista, os vinte egressos que responderam integralmente ao questionário foram consultados sobre a possibilidade de participarem deste segundo momento de coleta de dados. Dentre os vinte egressos consultados, dez (50%) participaram das entrevistas. Os outros dez não se manifestaram nem mesmo para indicar que não desejavam participar desta segunda fase.

Os dados foram analisados à luz do referencial da Análise de Conteúdo¹⁶, na modalidade temática, que compreendeu: a pré-análise do material coletado com a realização da leitura flutuante, constituição do *corpus* dos dados e leitura aprofundada para a determinação das Unidades de Contexto (UC) e Unidades de Registro (UR). Em seguida, foi realizada a exploração do material, que consistiu na apreensão e construção de categorias analíticas, na perspectiva da compreensão do objeto investigado.

Os aspectos éticos foram contemplados como determinava a Resolução vigente na época da coleta de dados – Resolução 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, tendo a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição. Os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo assegurado o direito de livre participação, bem como total liberdade em retirar seu consentimento em qualquer fase do estudo.

Para preservar o anonimato dos participantes, as respostas do questionário estão identificadas no texto pela configuração (E_{xx}), e os depoimentos das entrevistas por ($S_x:UC_{xx}/UR_{xx}$).

Construção de resultados

Com base nas respostas aos questionários e nas entrevistas, e considerando o escopo deste artigo, são apresentados os dados e as análises empreendidas a partir do núcleo temático *participação docente*, que deu origem a duas categorias de análise: participação docente mediadora e participação docente transmissiva.

A construção das categorias de análise deu-se por apreensões de núcleos de sentido expressos nas respostas dos egressos ao descreverem a participação docente no curso. Desta forma, a análise de conteúdo, na modalidade temática, abrangeu: um trabalho com as palavras, elaborações textuais (questões abertas do questionário) e construções verbais (entrevistas), empreendendo-se uma análise que buscou os significados para os participantes da pesquisa¹⁶.

Participação docente mediadora

Esta categoria de análise está alicerçada nos depoimentos que revelaram a participação dos docentes como: agregadores, comprometidos, envolvidos, esforçados, dinâmicos, transformadores, atualizados, mediadores, respeitosos e experientes.

“Os professores do curso em questão são bem proativos, têm um amplo conhecimento, têm uma boa didática, mediante isso, consegui perceber a importância de incentivar os alunos a participarem das aulas, porque as aulas são trocas de conhecimentos, ou seja, o aluno trazia a vivência dele e o professor também adquiria conhecimentos”. E_1

“A professora era muito dinâmica; ela trazia a todo o momento experiências da prática, unindo à teoria. Então você conseguia enxergar nitidamente como você colocaria aquele conhecimento em prática, como isso modificaria os seus valores; então isso pra mim fez toda a diferença, é unir a teoria e a prática”. $S_4(UC_{116}/UR_{223})$

“O professor ele ensina o caminho, mas você é que realmente vai construir esse aprendizado”. $S_4(UC_{18}/UR_{44})$

Os professores são comprometidos com os alunos na construção e apreensão do conhecimento". E₅

Acredita-se que ser um mediador do processo de aprendizagem deve permear a prática docente, pois, "na grande maioria das situações ainda encontramos o professor no papel de transmissor de informações, e mesmo atuando só com aulas expositivas"¹⁷ (p. 23), com a utilização de muitos slides que são apenas lidos, sem que os estudantes possam participar desta exposição de conhecimentos do professor.

Porém, ser um mediador do processo de aprendizagem implica a compreensão – por vezes, complexa, inclusive para aqueles que não receberam formação pedagógica – do que é exercer a docência neste século, em que a velocidade com que os alunos têm acesso à informação é uma realidade e um grande desafio para o professor.

Ter uma visão mais abrangente e compreender que ensinar não é "transmissão de informações e experiências"¹⁷ (p. 19) e buscar o desenvolvimento da aprendizagem dos alunos deve ser uma meta para os docentes do Ensino Superior, num exercício colaborativo para que os alunos aprendam a selecionar informações e possam transformá-las em conhecimento aplicável à prática profissional.

No entanto, por vezes, isso não é uma tarefa fácil, pois alguns docentes, e até mesmo estudantes, ainda permanecem em suas zonas de conforto no processo de ensinar e aprender: o professor prepara seus slides, expõe a matéria e, ao aluno, cabe copiá-la e decorar os conteúdos para as provas, que, na maioria das vezes, são testes de múltipla escolha.

Mediar o processo de ensino-aprendizagem vai muito além de passar informações aos alunos em sala de aula com uma formação voltada apenas para o aspecto cognitivo. O docente deve dar ênfase ao aprendiz como sujeito desse processo, fazendo-o perceber sua importância para a efetiva construção do conhecimento.

Assim, se o aluno não se vê como sujeito desse processo e deixa para o docente a responsabilidade da aprendizagem ou da não-aprendizagem, é necessário refletir a esse respeito, pois, nos dias de hoje, este modelo está ultrapassado – tanto para docentes como para alunos, e estes reconhecem os esforços dos docentes que tentam sair desse modelo tradicional de ministrar aulas.

O novo contexto de acesso à informação "esvaziou o sentido da função do professor como transmissor de conhecimentos"¹⁸ (p. 72), seja em sala de aula ou em qualquer outro espaço acadêmico, e não se pode mais atuar como mero transmissor de informações. Neste paradigma, "[...] a experiência do aluno não conta e dificilmente são criadas atividades que envolvam a criação. Essa prática pedagógica leva o aluno a caracterizar-se como um ser subserviente, obediente e destituído de qualquer forma de expressão"⁹ (p. 181).

Assim, neste século XXI, "a prática pedagógica do professor precisa se projetar em diferentes metodologias"⁹ (p. 181), auxiliando o aluno na seleção, organização e compreensão do material de aprendizagem com vistas à produção do conhecimento.

Portanto, é importante trabalhar com os alunos, não só os conhecimentos de sua área de atuação, mas auxiliá-los a desenvolver competências (conhecimentos, habilidades e atitudes) esperadas de um profissional, e, acima de tudo, de um cidadão responsável. Enquanto docentes, é preciso promover a aprendizagem dos alunos contando com a participação efetiva de cada um deles nesse processo.

Na reflexão de Masetto¹⁷ (p. 14): "[...] no ensino superior, os professores já se reconhecem como não mais os únicos detentores do saber, mas como um dos parceiros a quem compete compartilhar seus conhecimentos com os outros, inclusive com seus próprios alunos", para que estes sintam-se sujeitos do processo de aprendizagem e vejam, no professor, um aliado para sua formação, e não um obstáculo.

Assim, esta postura de parceria, com certeza, refletirá em resultados positivos tanto para o aluno, que, se sentindo valorizado, compreenderá que a aprendizagem depende também dele, e para o docente, que, como parceiro, poderá perceber, nos alunos, um crescimento não só profissional, mas, também, pessoal. É importante que ambos percebam que é necessária "uma nova atitude, uma nova perspectiva na relação entre professor e aluno no ensino superior"¹⁷ (p. 14).

Contudo, não se pode negar que ainda existem alunos que não querem abandonar o papel de coadjuvantes do processo e permanecer à margem dessa iniciativa docente de mediação, ora ignorando o que acontece a sua volta, ora participando para *cumprir a tarefa*. Este é um desafio para os docentes que desejam e atuam como mediadores da aprendizagem, pois, infelizmente, para alguns alunos, o ensino e a sala de aula ainda são o local da fala massiva, dando-se pouco valor ao aprender no sentido de construir seu conhecimento, “esperando serem conduzidos passivamente”¹⁹ (p. 15) pelos docentes de quem esperam tudo pronto.

Participação docente transmissiva

Esta categoria de análise emergiu da frequência com que palavras como: autoritários, falta de carisma, falta de comprometimento, falta de preparo, mal-educados, não dedicados e não motivados, apareceram nos depoimentos dos egressos.

“Não percebo muita dedicação, pois sinto a falta da motivação no sentido de que não é simplesmente entrar em sala de aula e falar, e sim, demonstrar que aquilo que você vai ensinar é importante, que é necessário, ter prazer naquilo. E isso eu não senti na maioria dos docentes, simplesmente focam em presença, em nota e não no ensino-aprendizagem de todos”. E₆

“[...] A maioria das aulas me parecia um monólogo, onde pude vivenciar a educação bancária: o aluno como um mero recipiente vazio e o professor como o detentor do saber [...]. A experiência do aluno também não foi algo relevante e muitas vezes me senti tratada como uma aluna de ginásio [...]”. E₁₄

“Sempre da mesma maneira tirando você que era a mais diferente, eram todas muito parecidas, eram slides, fala, fala, fala, a gente copia, uma conta uma experiência de vida, a outra fala, mas não tinha muito dinamismo”. S₁(UC₉₉/UR₁₉₆)

“[...] Teve uma professora que ficou a disciplina inteira ali. Ela ficava ali do início ao fim da aula; os slides iam passando e nem sequer um gesto ela fazia, ela ficava o tempo todo ali falando no microfone então isso era cansativo; era método tradicional, ela ia lendo os slides. A gente teve essa dificuldade sim de professores que não se importavam muito, que eram extremamente do método tradicional, não se importavam muito se o aluno estava prestando atenção. Ficavam ali na aulinha, só atrás do palco, lendo os slides o tempo todo, nem o tom de voz mais alto ou mais baixo para chamar atenção, não mudava [...]”. S₅(UC₁₁₇/UR₂₂₅)

“As estratégias utilizadas eram as mais clássicas possíveis e que sempre induziam ao sono: um fala e todos escutam; o professor dá sua opinião e ninguém tem coragem ou se sente livre para discordar [...]”. S₇(UC₁₂₁/UR₂₃₇)

Os depoimentos acima incitam a reflexão sobre como esses professores construíram suas trajetórias nos caminhos da docência, pois, concebendo a educação universitária como algo que visa “desenvolver no indivíduo a capacidade e a iniciativa de buscar por si mesmo novos conhecimentos, a autonomia intelectual, a liberdade de pensamento e de expressão”²⁰ (p. 36), indica que atuar na docência *transmitindo conhecimentos* já não é mais possível, e, em alguns momentos, tem incomodado os alunos.

Mudar a lógica que tem perpetuado a atuação docente nas instituições de ensino em todos os níveis, onde o paradigma conservador e mecanicista ainda prevalece, demanda vontade dos atores envolvidos nesse processo, pois, como afirma Behrens⁹: “[...] a docência em sua abordagem tradicional precisa ser repensada uma vez que os alunos frequentam a escola para aprender e não para se restringir a escutar, ler, decorar e repetir os conteúdos apresentados pelo professor”⁹ (p. 180).

Estudo realizado por Castanho²¹ (p. 55), com 11 professores da área da saúde, revelou que alguns haviam iniciado a docência “por necessidade financeira, por estar desempregado, porque deram aulas em cursinhos preparatórios para vestibular, ou em monitoria”, ou “havia virado professor de uma hora para outra”.

Porém, a docência não pode ser a segunda opção na carreira de um profissional que não é bem-sucedido em sua área de atuação ou como complementação de renda, e aí “vira professor”. Na verdade, o indivíduo *escolhe* ser docente e constrói sua carreira: no cotidiano da sala de aula, no contato com seus alunos, nos planejamentos de suas aulas, na definição de estratégias e na construção de avaliações que lhe permitam conhecer o aluno para além do conteúdo aprendido.

A profissão docente precisa ser valorizada e reconhecida. Nas universidades públicas, os professores escolhem essa profissão e, para tanto, devem ser avaliados por bancas examinadoras que atestem o desempenho para essa função, com base nas experiências prévias do candidato e nas produções de conhecimento que, na maioria das vezes, são priorizadas em detrimento da formação dos estudantes.

Entretanto, ao ingressarem na Universidade, parecem esquecer sua verdadeira função, e, sem formação didático-pedagógica mínima que sustente a docência, replicam os modelos de atuação pautados em experiências vivenciadas e explicitadas no estudo de Castanho²¹, pois acreditam que os sujeitos para os quais irão lecionar não necessitam de aulas planejadas, estratégias pensadas e avaliações processuais. Esses docentes sustentam: “[...] o medo de perder conteúdos do seu domínio, medo do novo, medo de perder espaço nas disciplinas, dificuldade de trabalhar com metodologias ativas de ensino e implementar a interdisciplinaridade na articulação da construção do conhecimento”²² (p. 29).

Assim, passam a exercer essa atividade acadêmica calcados em modelos vivenciados ao longo de sua formação, cujos professores, autoritários e transmissores de informação, acreditavam que o “conhecimento é propriedade do professor e o aluno é aquele que nada sabe, portanto, cabe ao professor transmitir-lhe toda forma de conhecimento”²³ (p. 14).

Mudar práticas arraigadas em anos de docência nunca questionada pelos alunos não é tarefa fácil. Segundo Guimarães, Martin e Rabel²² (p. 29), “a resistência por parte de docentes em incorporar concepções pedagógicas que estimulem o desenvolvimento da consciência crítica e a participação ativa do aluno” é um grande desafio para o professor, mas para o qual deve-se estar aberto; e, com isso, vislumbrar a possibilidade de crescimento não só dos alunos, mas para o próprio desenvolvimento com possibilidade de trocas que este contato permite. Na formação de futuros profissionais há que se trabalhar de forma integrada, dialogada, participativa e significativa para o estudante adulto.

Para Knowles, Holton e Swanson²⁴, “o modelo intelectual que o professor tem do aluno é de um ser dependente e a necessidade psicológica do aluno adulto, consciente ou não é de se autodirigir” (p. 70-1). Portanto, tomar como ponto de partida para a aprendizagem as experiências que os sujeitos trazem consigo é uma boa prática para colocar os alunos como sujeitos da aprendizagem na construção do próprio conhecimento. Isso implica o reconhecimento, por parte do professor, de que sua “autoridade pedagógica não deverá, de forma alguma, transformar-se em autoritarismo, mas estar articulada com a elevação cultural e crítica dos educandos”²⁵ (p. 165-6).

É importante que o docente tenha consciência de que a máxima de que “quem sabe, automaticamente sabe ensinar”²⁰ (p. 36) já não é suficiente e não funciona mais no atual contexto da educação, sobretudo, na Educação Superior, onde os alunos se cansam de extensas preleções que, ao final da aula, nada representaram além de uma maçante exposição de conhecimentos “que foram descobertos e elaborados por outras pessoas”¹⁷ (p. 13) e estão muito distantes de sua realidade, pois o aluno adulto precisa reconhecer, naquele conhecimento, a utilidade em sua vida profissional.

Mudar a maneira de atuar na docência implica constantes reflexões do professor sobre: como tem se dado sua atuação, o que espera de seus alunos e, mais ainda, a importância de mudar esta maneira de atuar para pensar sobre como fazer com que seus alunos “desenvolvam métodos de aquisição, elaboração, descoberta e construção de conhecimentos”²⁰ (p. 36), atribuindo significados àquela nova aprendizagem ou ressignificando e reelaborando conhecimentos anteriores.

Na atualidade, o docente que ainda não percebeu que seu papel não é mais o de *transmissor*, mas, sim, de mediador do conhecimento, deve estar atento a esta nova ordem que tem regido os processos de ensinar e aprender, pois “transmitir conhecimento tem sentido num meio imutável”²⁶ (p. 110), e pessoas não são imutáveis, assim como o conhecimento não é finito e o professor não é a única fonte de saber.

Knowles, Holton e Swanson²⁴ afirmam que “a teoria de aprendizagem de um professor exercerá influência sobre sua teoria de ensino” (p. 76). Portanto, refletir sobre qual ou quais teorias de aprendizagem vão nortear sua prática docente, é fundamental para se ter a necessária clareza de que transmitir conhecimentos já não é mais a única forma de ensinar; especialmente, no Ensino Superior e com adultos.

Considerações finais

A análise da percepção dos egressos sobre a docência no curso de especialização de educação continuada em Enfermagem mostrou que esta foi transformadora em alguns momentos, permitindo a participação ativa dos estudantes, colaborando para seu crescimento, com professores proativos, comprometidos, com aulas dinâmicas e estratégias diferenciadas, motivando e incentivando os estudantes na busca de construção do conhecimento.

Na perspectiva da docência mediadora, o ato de ensinar foi percebido pelos egressos como um movimento repleto de inquietações, descobertas, transformações e intencionalidade, onde a confiança e respeito mútuo também contribuíram para o crescimento dos estudantes.

Contudo, para alguns egressos, a docência transmissiva também teve seu lugar no curso e apareceu de forma negativa, indicando docentes pouco dedicados e comprometidos, sem mostrar, ao aluno, a importância do que faziam, atuando de forma autoritária e transmissiva, com aulas centradas em seu conhecimento e pouco ou quase nenhum dinamismo para ensinar. Foi interessante perceber que os alunos identificaram, nesses docentes de atuação transmissiva, a falta de *carisma* que, no caso do professor, pode ser fonte de inspiração e entusiasmo para o aluno no processo de aprendizagem.

A análise da docência no curso de especialização de educação continuada em Enfermagem nos remeteu à necessidade de formação pedagógica permanente do professor universitário, e, especialmente, do professor que atua com estudantes adultos para que supere o lugar do detentor do saber e assuma as mediações do processo de ensinar e aprender, levando os estudantes a compreenderem a *importância de fazer à aula e não assistir aula*, sendo sujeitos ativos do processo de aprendizagem.

Nessa direção, emerge a necessidade do conhecimento e formação do docente universitário, pois, a partir do momento em que este compreender que não lhe cabe mais o papel de transmissor de conhecimento e, sim, o de mediador do processo de aprendizagem, poderá vislumbrar novas maneiras de exercer a docência, inclusive, de forma mais crítica, reflexiva, transformadora e atenta ao complexo processo de ensinar e aprender.

Entende-se que ainda há muito a ser investigado sobre a formação e a prática dos professores do Ensino Superior em saúde, inclusive, explorando os caminhos que percorreram para sua formação, identificando as lacunas existentes e propondo programas de formação docente que os preparem para atender às reais necessidades e interesses dos estudantes do século XXI.

Colaboradores

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

Referências

1. Ausubel DP, Novak JD, Hanesian H. Psicologia educacional. 2a ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
2. Moreira MA. A teoria da aprendizagem significativa e sua implementação em sala de aula. Brasília (DF): Editora da Universidade de Brasília; 2006.
3. Moreira MA. Mapas conceptuales y aprendizaje significativo de las ciencias. *Rev Chil Educ Cient.* 2005; 4(2):38-44.
4. Moreira MA. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. São Paulo: Centauro; 2010.
5. Moreira MA, Masini EF. Aprendizagem significativa: a teoria de David Ausubel. São Paulo: Centauro; 2001.
6. Moreira MA. Aprendizaje significativo crítico. *Indivisa Bol Estud Invest* [Internet]. 2005 [acesso 2013 Nov 5]; 6:83-101. Disponível em: http://indivisa.lasallecentrouniversitario.es/Volumenes/Documents/Vol_6/Art.%205.pdf
7. Santos JC. Aprendizagem significativa: modalidades de aprendizagem e o papel do professor. 3a ed. Porto Alegre: Mediação; 2009.
8. Ferreira VS. As especificidades da docência no ensino superior. *Rev Dialogo Educ* [Internet]. 2010 [acesso 2013 Nov 4]; 10(29):85-99. Disponível em: www2.pucpr.br/reol/index.php/DIALOGO?dd1=3426&dd99=pdf
9. Behrens MA. Paradigmas inovadores na aprendizagem para a vida: o saber e o fazer pedagógico dos professores. In: Ens RT, Vosgerau DS, Behrens MA, editores. Trabalho do professor e saberes docentes. Curitiba: Champagnat; 2009. p. 177-92.
10. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. São Paulo: Cortez; 2000.
11. Morin E. A religião dos saberes: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand; 2001.
12. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 16a ed. Rio de Janeiro: Bertrand; 2009.
13. Ferreira JL, Carpim L, Behrens MA. O professor universitário construindo conhecimentos inovadores para uma prática complexa, colaborativa e dialógica. *Rev Dialogo Educ* [Internet]. 2013 [acesso 2013 Nov 4]; 13(38):69-84. Disponível em: <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/dialogo?dd1=7627&dd99=view&dd98=pb>
14. Marconi MA, Lakatos EV. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e interpretação de dados. 2a ed. São Paulo: Atlas; 1990.
15. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
16. Franco ML. Análise de conteúdo. 2a ed. São Paulo: Liber Livro; 2005.
17. Masetto MT. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo: Summus; 2003.
18. Almeida MI. Formação do professor do ensino superior: desafios e políticas institucionais. São Paulo: Cortez; 2012.
19. Moran JM, Masetto MT, Behrens MA. Novas tecnologias e mediação pedagógica. 13a ed. São Paulo: Papirus; 2007.
20. Duarte N. As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. *Rev Bras Educ* [Internet]. 2001 [acesso 2013 Nov 4]; (18):35-40. Disponível em: http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/rbde18/rbde18_05_newton_duarte.pdf

21. Castanho ME. Professores de ensino superior da área da saúde e sua prática pedagógica. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2002 [acesso 2013 Nov 3]; 6(10):51-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/05.pdf>
22. Guimarães EM, Martin SH, Rabelo FC. Educação permanente em saúde: reflexões e desafios. *Cienc Enferm* [Internet]. 2010 [acesso 2014 Nov 4]; 16(2):25-33. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_04.pdf
23. Peluso TC. A educação de adultos: refletindo sobre a natureza de sua especificidade. *Formação* [Internet]. 2001 [acesso em 2013 Nov 5]; 3:7-17. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/profae/Revista2003.pdf>
24. Knowles MS, Holton EF, Swanson RA. *Andragogía: el aprendizaje de los adultos*. México: Oxford University Press; 2006.
25. Luckesi CC. *Filosofia da educação*. São Paulo: Cortez; 1994.
26. Rogers CR. *Liberdade para aprender*. 4a ed. Belo Horizonte: Interlivros; 1978.

Freitas MAO, Cunha ICKO, Batista SHSS, Rossit RAS. La enseñanza en salud: percepciones de los graduados de un curso de especialización en Enfermería. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):427-36.

El presente artículo trata de la percepción de los estudiantes egresados de la especialización en Enfermería acerca del trabajo docente. El mismo es parte de una investigación finalizada en 2013, realizada con 29 estudiantes egresados. Este estudio es de abordaje cualitativo con recolección de datos en dos etapas: primero, la aplicación de un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, así como la elaboración de entrevistas semi-estructuradas. En segundo lugar, el análisis de los datos fue realizado por la técnica de análisis de contenido (modalidad temática), con identificación de las Unidades de Contexto y Registro para la construcción de las categorías analíticas. Los resultados revelan la importancia de la formación pedagógica del profesor universitario para comprender la relevancia de su papel de mediador de aprendizajes. Se sostiene que también hay mucho material a ser investigado en las áreas de formación y práctica docente en la enseñanza superior, explorando trayectorias recorridas en la formación, identificando lagunas, proponiendo caminos de formación docente que prepare a los profesionales para atender a las necesidades e intereses de los estudiantes del siglo XXI.

Palabras clave: Trabajo docente. Educación en Enfermería. Educación superior.

Submetido em 28/05/15. Aprovado em 01/10/15.

Saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem e sua importância para a formação profissional em saúde

Daniel Antunes Freitas^(a)
 Emanuele Mariano de Souza Santos^(b)
 Lucy Vieira da Silva Lima^(c)
 Lays Nogueira Miranda^(d)
 Eveline Lucena Vasconcelos^(e)
 Patrícia de Carvalho Nagliate^(f)

Freitas DA, Santos EMS, Lima LVS, Miranda LN, Vasconcelos EL, Nagliate PC. Teachers' knowledge about teaching-learning process and its importance for professional education in health. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):437-48.

The aim of this study was to identify the teachers' knowledge about the teaching-learning process in health among professors from a Public University. A descriptive and qualitative approach was used, eliciting data through open, in-depth interviews with 11 university teachers. Results point to the scarcity of specific training for teaching practice in health, resulting in teaching-learning processes based in traditional teaching. At the same time the results show that as the teachers incorporate new knowledge, they prefer innovative and facilitating practices, improving the students' teaching-learning process. Thus, the research emphasizes the need to expand the discussion on this subject, especially regarding to the role of managerial, didactic and pedagogical training of academic staff involved in health professional education, essential to achieve the standards recommended by the National Curriculum Guidelines.

Keywords: Teaching-learning. Higher Education. Teachers. Health.

O objetivo deste trabalho foi identificar os saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem em saúde dos professores de uma universidade pública. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, na qual os dados foram obtidos por meio de entrevista com 11 professores, baseando-se no método da entrevista aberta ou em profundidade. Os resultados apontam carência na formação para o exercício da atividade docente em saúde, cujos saberes docentes específicos acarretam um processo de ensino-aprendizagem pautado no ensino tradicional. Ao mesmo tempo, indicam que, ao incorporarem novos saberes, elegem práticas inovadoras e facilitadoras em favorecimento do ensino-aprendizagem discente. Desse modo, destaca-se a necessidade de se ampliar a discussão acerca do tema, sobretudo no que se refere ao papel da gestão e à formação didático-pedagógica do corpo docente em saúde, essencial para se alcançar a formação preconizada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais.

Palavras-chave: Ensino-aprendizagem. Educação Superior. Docentes. Saúde.

^(a,b,c) Mestrado em Ensino na Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Alagoas, campus sede. Av. Lourival Melo Mota, s/n, Tabuleiro dos Martins. Maceió, AL, Brasil. 57072-900. danielmestrado@unincor@gmail.com; manumsouza@yahoo.com.br; lucyvslima@uol.com.br
^(d,e,f) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil. laysnm@hotmail.com; evelinelucena@gmail.com; patricia.nagliate@esenfar.ufal.br

Introdução

As investigações sobre os saberes docentes têm despertado grande interesse enquanto campo de pesquisa. Observa-se grande influência da literatura internacional e nacional, “que passam a considerar o professor como um profissional que adquire e desenvolve conhecimentos a partir da prática e no confronto com as condições da profissão”¹ (p. 32). Essas investigações representam um movimento pela profissionalização do ensino e a profissionalização docente, e pretendem contribuir para a construção e o reconhecimento da identidade profissional do docente, bem como orientar a formação para desenvolver um ensino mais coerente com os fins da educação socialmente estabelecidos².

A literatura vem contribuindo significativamente para a compreensão dos conhecimentos que constituem a base do ensino, ou seja, os saberes mobilizados pelo professor que devem ser desenvolvidos na formação profissional. Dentre estes saberes poderíamos destacar os quatro tipos envolvidos na atividade docente: os saberes da formação profissional; os saberes disciplinares; os saberes curriculares e os saberes experienciais, os quais estariam relacionados, respectivamente, aos conhecimentos transmitidos pelas instituições de formação, incluindo os conhecimentos pedagógicos relacionados às técnicas e métodos de ensino; aos conhecimentos relacionados à forma como as instituições educacionais fazem a gestão dos conhecimentos socialmente produzidos e se apresentam concretamente sob a forma de programas; e aos saberes que resultam do próprio exercício da atividade profissional dos professores e são produzidos por meio da vivência de situações relacionadas ao espaço da escola e às relações estabelecidas com alunos e colegas de profissão³.

Para o desenvolvimento da docência universitária, é fundamental que o docente seja capaz de perceber, entender, analisar e acompanhar as mudanças que ocorrem no Ensino Superior⁴. Nesse processo, além do domínio dos conhecimentos básicos da área de experiência profissional, o docente deveria possuir o domínio pedagógico e conceitual relacionado ao processo ensino-aprendizagem, além de exercer a dimensão política na prática da docência universitária.

Nesse sentido, é interessante ressaltar como o conceito de processo ensino-aprendizagem vem acompanhando a transformação das tendências pedagógicas, cuja concepção de aprendizagem se fundamentou, inicialmente, em teorias behaviorista, e posteriormente, construtivistas, interacionistas e da aprendizagem significativa. E assim como na área de educação, na saúde, o conceito de processo ensino-aprendizagem tem se ampliado, evoluindo da ênfase do educador como transmissor do conhecimento, para o destaque do papel do educando. No entanto, apesar dessa evolução nas reflexões, atualmente, as práticas educativas desenvolvidas ainda convergem para a manutenção da relação hierárquica entre professor e aluno, para a postura passiva e o não-favorecimento do desenvolvimento da capacidade de resolução de problemas e do poder crítico-reflexivo por parte do aluno⁵.

Torna-se imprescindível o desenvolvimento de pesquisas que busquem identificar e analisar os saberes docentes, a partir da ótica dos próprios sujeitos envolvidos, na perspectiva de contribuir para a ampliação deste campo e para a implementação de políticas de formação do professor, bem como para a discussão do processo ensino-aprendizagem nos cursos de Ensino Superior da área da saúde, uma vez que os professores ainda não apresentam formação e recursos suficientes para atender à demanda de ensino, pesquisa e extensão^{1,6,7}.

Assim, propôs-se, neste estudo, identificar os saberes docentes sobre processo ensino-aprendizagem em saúde dos professores de uma universidade pública do nordeste brasileiro.

Metodologia

Esta é uma pesquisa descritiva de abordagem qualitativa realizada no Centro de Ciências da Saúde (CCS) de uma instituição de Ensino Superior (IES) pública estadual, composta por três núcleos: Núcleo de Saúde Materno-Infantil e do Adolescente, Núcleo da Saúde do Adulto e do Idoso e Núcleo de Propedêutica e de Terapêuticas, além de Áreas Temáticas Específicas, que contemplam vários níveis

de complexidade de atenção das várias áreas profissionais – Enfermagem, Medicina, Fonoaudiologia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Foram entrevistados os professores com formação em qualquer área do Ensino Superior que estivessem, à época da coleta, ministrando aulas na IES, segundo os critérios a seguir: de aceitação e disponibilidade para participar da pesquisa; atuação docente nos cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional; tempo mínimo de três anos de atuação como docente.

A escolha do critério de inclusão 'tempo mínimo de três anos de atuação docente' baseou-se no trabalho de Pagnez⁴ e foi resultado da opção de ouvir professores considerados 'experientes'. A autora citada teve como base o estudo do desenvolvimento profissional de Imbernón⁸, no qual houve diferenciação entre professores iniciantes, experientes e catedráticos. Este, por sua vez, considera que os professores precisam ter experiência superior a três anos de atuação docente para superar a fase de socialização profissional, em que se dão as negociações identitárias iniciais da profissão, e ser considerados experientes.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista com onze professores, com base no método da entrevista aberta ou em profundidade⁹, e da aplicação de um formulário para caracterização dos mesmos, realizada no período de agosto a outubro de 2013, a partir de um roteiro com questões norteadoras, o que permitiu, ao entrevistador, explorar amplamente as questões desejadas.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática^{10,11}. Os professores entrevistados foram identificados em suas falas pela letra P (professor), seguida do número correspondente à ordem cronológica da entrevista.

A partir das entrevistas realizadas, foram identificadas as seguintes categorias de análise associadas aos saberes docentes envolvidos no processo ensino-aprendizagem em saúde: formação docente; saber docente; processo ensino-aprendizagem; estratégias de ensino-aprendizagem; avaliação.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Alagoas (UFAL) em junho de 2013.

Resultados e discussão

Entre os professores entrevistados, predominaram mulheres (72,7%), com idade entre 33 e 57 anos, que atuam em regime de trabalho sem dedicação exclusiva com quarenta horas/aula semanais. Possuem tempo de formação entre dez e 33 anos e com tempo de docência variando entre dez e 29 anos, sendo predominante a faixa intermediária de 11 a 14 anos. Todos os docentes possuem cursos de pós-graduação, sendo três (27,3%) com especialização, sete (63,6%) com mestrado e um (9,1%) com doutorado.

Os entrevistados atuam em disciplinas de conteúdo teórico e teórico-prático e em supervisão de estágio dos cursos correspondentes a sua formação acadêmica, dos quais: quatro (36,3%) são professores do curso de fisioterapia, três (27,3%) de fonoaudiologia, três (27,3%) de terapia ocupacional, e um (9,1%) de medicina. Dos 11 professores entrevistados, oito relataram participação em algum tipo de capacitação pedagógica com característica teórica ou teórico-prática, porém, destes, cinco afirmaram não ter atendido às suas expectativas.

Formação docente

No que se refere à formação didático-pedagógica esperada para o exercício da atividade docente em saúde, alguns entrevistados mencionaram ausência de tal formação:

"[...] não tive formação para ser professor [...]." (P1)

"[...] a gente cai meio de paraquedas como docente [...] não tive preparação nenhuma para docência." (P2)

Enquanto outros mencionaram formação complementar adquirida por meio de cursos de aperfeiçoamento e disciplinas cursadas em programas de pós-graduação *Lato sensu* e *Stricto sensu* por exigência da atividade docente ou interesse pessoal, evidenciados nas seguintes falas:

"[...] logo que eu comecei a própria instituição deu um curso pra gente, que já foi um primeiro contato com essa formação docente [...]." (P9)

"[...] fiz duas especializações e em ambas eu tive contato com a disciplina de metodologia do ensino. [...] No mestrado, houve um fundamento um pouco maior com relação à docência do ensino superior, mas ainda muito limitado, por serem disciplinas, vistas em curto prazo e pra mim não atende toda necessidade mesmo da formação docente pra o ensino superior." (P11)

Tais falas remetem ao que está posto no artigo 67 da Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional (LDB), ao afirmar que "os sistemas de ensino promoverão a valorização dos profissionais da educação, assegurando-lhes, [...] aperfeiçoamento profissional continuado [...]"¹² (p. 25). A mesma lei, em seu artigo 66, afirma que "a preparação para o exercício do magistério superior far-se-á em nível de Pós-Graduação, prioritariamente em programas de Mestrado e Doutorado"¹² (p. 25). No entanto, tais programas são dirigidos pelas normas da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), órgão que, em geral, tem suas ações mais direcionadas à formação científica que a formação pedagógica dos docentes do Ensino Superior¹³.

Acerca disto, Pimenta e Almeida¹⁴ afirmam que, nesses programas, o docente desenvolve conhecimentos teóricos e instrumentais da atividade de pesquisa e de produção de conhecimento, além de atividades relacionadas às competências do pesquisador orientador; enquanto o ensino não é colocado como complemento obrigatório do curso, culminando em professores universitários com despreparo e, até, desconhecimento científico do que seja o processo de ensino e de aprendizagem.

Não obstante, no campo da saúde, é dada pouca valorização, por parte da instituição, à formação pedagógica do professor, cuja meritocracia tem se fundamentado na produção científica, que é critério de avaliação para a progressão da carreira docente, ocasionando um distanciamento dos professores das atividades de ensino da graduação^{15,16}. Assim, os docentes continuam sem a visão global da docência e dos novos papéis que lhes cabem como mediadores e facilitadores do processo de aprendizagem.

Destaca-se a necessidade de se repensar a formação dos docentes do Ensino Superior, devendo esta fazer parte das políticas institucionais e envolver os próprios sujeitos nesse processo de reflexão, de modo a culminarem no desenvolvimento de estratégias que promovam a melhoria da qualidade do ensino e da aprendizagem dos futuros profissionais em formação^{14,17}.

Ademais, acrescenta-se a necessidade de se repensarem as propostas curriculares dos cursos de pós-graduação *Stricto sensu*, sobretudo, os programas de mestrado, que, influenciados pelo modelo de avaliação instituído pela Capes, contribuem para que assumam a pesquisa como objetivo principal, resultando na formação de pesquisadores ao invés de qualificação de professores^{18,19}.

Saber docente

De acordo com as falas dos participantes da pesquisa, o significado do saber docente é diverso. A maioria aponta que é todo um conjunto de conhecimentos necessários para o exercício da atividade docente, sendo destacado o conhecimento a respeito das metodologias de ensino.

"Significaria por todo, tudo o que eu aprendi, tenho de informações, de conhecimentos [...]." (P2)

"Em conhecimento de atitude de ferramentas e comportamentos, de metodologias, que vão permitir que você consiga construir conhecimento junto com o aluno." (P6)

Por outro lado, esse saber é visto como resultado da vivência prática do docente, como ele desenvolve e reflete o seu trabalho no dia a dia. Assim, um professor afirma:

“Todas as vezes que eu estou em sala de aula, onde eu me organizo, eu me preparo pra dar uma aula, eu acho que é uma vivência, eu to ali aprendendo a cada dia com os alunos, são questionamentos, eu acho são avaliações que você faz periódicas da sua aula, quantos alunos estão prestando atenção, quantos eu estou tendo interação, como é que tá sendo a devolutiva desses alunos em relação aquele saber teórico [...]” (P4)

Verifica-se, então, que a visão dos professores sobre o saber docente aproxima-se do que está posto na literatura, para quem os saberes da prática docente integram diversos saberes³. Esses saberes são os elementos constitutivos da prática docente. É no decorrer de sua formação que os professores entram em contato com os saberes pedagógicos e com as ciências da educação, as quais produzem os conhecimentos e procuram incorporá-los à prática do professor. É no exercício de suas funções e na prática de sua profissão que eles desenvolvem saberes específicos, baseados em seu trabalho cotidiano e no conhecimento do seu meio^{3,17,20,21}.

No que se refere ao saber docente, Soares e Cunha¹⁸ fazem uma observação sobre o papel que o professor da Educação Superior tem para a construção do saber pelo estudante. Para elas, torna-se necessário que também o professor domine uma gama de saberes, dos quais os saberes pedagógicos fazem parte. Dentre estes saberes pedagógicos, estão os relacionados ao contexto da prática pedagógica e o conhecimento das condições de aprendizagem de pessoas adultas, não desenvolvidos nos cursos de pós-graduação.

A pouca visibilidade e apropriação dos saberes pedagógicos da docência, evidenciados nos depoimentos, faz menção à ausência de reflexão coletiva sobre a docência universitária, cuja prática ainda é pautada no ensino universitário tradicional e que não atende aos novos desafios e exigências da contemporaneidade; e que o reconhecimento dessa complexidade e da existência de saberes próprios à docência universitária remetem à questão da profissionalização docente.

Processo ensino-aprendizagem

Ao pensarem sobre o significado de processo ensino-aprendizagem, os professores apontaram que ele está relacionado à troca de saber existente entre professor e aluno.

“O processo que ele é construído pela interação do aluno, do professor ou dos professores. [...] nesse processo a gente vai ensinando e vai aprendendo os dois [...]” (P3)

“Eu entendo ele como essa ida e volta do professor com o aluno [...] os dois estarem conseguindo fazer juntos esse ensinar e aprender.” (P9)

Tais falas corroboram com a literatura, que afirma ser, a relação existente entre o saber do professor e o saber do aluno, uma condição indispensável para a mudança do processo de ensino-aprendizagem, pois essa relação dinamiza e dá sentido ao processo educativo, uma vez que é no coletivo que os sujeitos elaboram conhecimentos. Para que haja produção de conhecimento é necessário compreender que o ato de ensinar requer uma postura pedagógica dialética, pois o diálogo pode ser uma fonte de riqueza, de alegria que só acontece quando os interlocutores têm voz ativa sem limitar ou impor²².

No processo ensino-aprendizagem em saúde, apesar desta compreensão do papel do aluno como agente corresponsável pelo seu próprio aprendizado, o professor ainda aparece como elemento central desse processo, como detentor do saber, cabendo a ele definir o caminho pelo qual se promoverá o ensino e o aprendizado do mesmo. Como afirma um dos professores, faz-se necessário valorizar o saber prévio do aluno para que ele seja incorporado, transformado, ressignificado:

“Pra mim, o processo ensino-aprendizagem ele requer uma estruturação que vai desde o planejamento, um compreender quais são as competências que eu estou querendo desenvolver com aquele aluno, escolher o processo metodológico pra poder desenvolver essa relação dialógica mesmo, de trocas de saberes entre professor e o aluno e os seus pares [...] E pra isso a gente precisa realmente definir estratégias que se apliquem aquele público específico, aquele cenário de prática, aquele eixo que você tá querendo desenvolver [...] é justamente ressignificar um saber prévio que o sujeito traz e aplicar pra aquela realidade atual.” (P10)

Na sua prática, os professores necessitam pensar sobre o processo educacional com o fim de estrutura-lo, de modo a oportunizar mudanças de pensamentos, ações e condutas. Essa estruturação é resultado do planejamento que está diretamente relacionado à escolha do conteúdo, de atividades, de recursos disponíveis e da metodologia a ser adotada por determinado período de tempo. Ressalta-se, para sua delimitação, ser fundamental a definição dos objetivos de aprendizagem, não só os institucionais cognitivos, mas os atitudinais e de competências, devendo isto ser feito previamente ao início da disciplina²³.

Para os professores entrevistados, o objetivo de aprendizagem é uma meta previamente traçada para ser alcançada pelo aluno e pelo professor no decorrer do processo de ensino-aprendizagem. Essa meta estaria relacionada aos conteúdos teóricos a serem adquiridos pelo aluno, as habilidades e atitudes a serem desenvolvidas ao final da proposta da disciplina levando em consideração ao que as DCN's direcionam para a formação.

“[...] eles representam o próprio fim da atividade. [...] é o fim a ser alcançado e que vai com isso também nortear as suas ações no processo de ensino-aprendizagem. (P1)

“São a clareza que os dois membros do processo ensino-aprendizagem, que é o professor e o aluno [...] é uma coisa que tem que ser pactuada entre os dois membros do processo pra que esse processo dê resultado [...] é uma pactuação coerente com as DCNs do que você pretende com o conteúdo e a ementa da disciplina que você tá ensinando [...]” (P9)

Os resultados identificados nesta pesquisa corroboram com os encontrados por Rozendo et al.²⁴ ao constatarem que a maioria dos docentes ao caracterizar os objetivos da disciplina referiram que os mesmos tem caráter geral e específico, com ênfase no domínio cognitivo, apesar de considerarem também o domínio afetivo e psicomotor. Para a mesma, a ênfase no domínio cognitivo pode ser um reflexo da concepção tecnicista dominante, sobretudo no setor da saúde, cujo processo de formação dos profissionais privilegia aspectos técnicos de atuação, tendo como elementos centrais o conhecimento técnico e o científico.

No entanto, percebe-se uma superação quanto à concepção pedagógica de ensino-aprendizagem do professor, cujo modelo tradicional passa a ser substituído por um modelo relacionado a uma perspectiva crítica, em que nas relações democráticas entre educador-educando, o papel do estudante como coparticipante na construção do conhecimento é fundamental²⁵. Como é visto na fala de um dos sujeitos:

“E aí vale salientar que pactuar os objetivos de aprendizagem com o aluno é muito importante. Tem que haver uma dialética constante no sentido de empoderar o aluno em relação a um momento de aprendizagem [...]. Quando a gente pactua com ele o objetivo de aprendizagem, ele consegue ressignificar o momento todo, inclusive reconstruir com as estratégias quando não estão adequadas para o momento.” (P10)

Estratégias de ensino-aprendizagem

Dentre as estratégias de ensino-aprendizagem adotadas, percebe-se que os professores no ensino da saúde privilegiam procedimentos metodológicos centrados na transmissão de conteúdo, na transferência do saber, caracterizados principalmente pelas aulas expositivas. Segundo os mesmos,

é justamente esse conhecimento teórico acumulado pelo aluno que irá instrumentalizá-lo para o momento prático.

“Eu costumo dar o embasamento teórico e depois partir pra uma parte prática, pra que ele tente absorver aquela teoria e desenvolver melhor o raciocínio.” (P11)

[...] tem aulas que são aulas expositivas, com data-show. Atualmente eu to trazendo muito vídeo [...] depois eu mostro a aula teórica, e depois ao término mostro uma intervenção [...].” (P4)

Dentre os recursos mais utilizados, os recursos audiovisuais como projetor e vídeos predominam. Também privilegiam a utilização de seminários, discussão de casos e desenvolvimento de produtos relacionados aos conteúdos passados na disciplina.

Com relação às estratégias apontadas pelos professores deste estudo, apareceram também outras que tentam direcionar suas práticas na interação professor-aluno. Essas estratégias são de suma importância porque favorecem diretamente nos resultados do processo ensino-aprendizagem e essa relação conduz o docente a refletir sobre sua importância na aprendizagem dos alunos, procurando assim, caminhos alternativos, que tornem o aluno sujeito da aprendizagem e o professor mediador desse processo^{26,27}.

“A gente usa portfólio, a gente usa produção de produtos, de educação em saúde, a gente usa os seminários, a gente usa a discussão de casos clínicos, aula expositiva, que tem também as aulas expositivas e além das atividades práticas no hospital e ambulatorial, a gente tem atividades práticas em sala de aula com produção de brinquedos recicláveis que a gente faz pra estimulação pra pediatria [...] discussão de artigos científicos a gente faz.” (P9)

Assim, observa-se um direcionamento para a implementação de metodologias ativas na prática docente em favorecimento do processo de ensino-aprendizagem do aluno.

“Eu gosto muito de empregar a parte discursiva, a gente dá o assunto e a partir daí cada um vai falar sobre seus saberes, a partir daí é que a gente vai discutir e aprofundar, ou com leitura de texto, a própria discussão de texto em grupo, ou a partir daí eu coloco os pontos principais e a gente vai discutindo pra poder atingir o objetivo.” (P5)

Deste modo, as metodologias ativas surgem como uma interessante estratégia de ensino-aprendizagem para o atendimento ao perfil preconizado pelas novas diretrizes curriculares na formação dos profissionais de saúde, pois podem tornar-se um instrumento necessário e significativo para ampliar as possibilidades e caminhos do discente, que poderá exercitar sua liberdade e autonomia na realização e escolhas e tomadas de decisão, e aos professores, tornando-os facilitadores ou mediadores para a construção do seu conhecimento, permitindo o desenvolvimento de uma prática pedagógica baseada na ética e na crítica reflexiva e transformadora, ultrapassando os limites do treinamento puramente técnico²⁸⁻³⁰.

Entretanto, há também um grupo de professores que apresenta alto grau de desconhecimento e até incerteza na utilização de metodologias ativas na sua prática docente em saúde. Refere resistência ou dificuldade em utilizá-las, não valorizando o uso da mesma. Como é possível observar nas seguintes falas:

“Olha se isso que eu faço é metodologia ativa eu não sei... talvez seja.” (P7)

[...] a gente deveria utilizar mais aqui [...] Só que quando a gente começa a propor essas metodologias ativas, os alunos, a gente encontra uma resistência muito grande [...].” (P3)

[...] O nosso currículo ele não é um currículo estruturado em metodologias ativas, então a gente faz uma adaptação [...].” (P10)

Avaliação

No que se refere à avaliação, os professores entrevistados relataram a utilização de instrumentos de avaliação que demonstram aquisição de conhecimento teórico ou prático por parte do aluno a partir dos objetivos de aprendizagem que se pretendem alcançar. Observa-se, de um modo geral, que o processo de avaliação discente não é uniforme, cabendo a cada docente eleger um ou mais instrumentos e adequá-los aos objetivos traçados.

“A minha avaliação eu costumo fazer atividades práticas e provas escritas mesmo, teóricas [...] Então, provas mais abertas, tem essa avaliação da participação do aluno, da avaliação prática quando ela é possível e avaliação escrita mesmo e teórica.” (P11)

“Na avaliação da prova [...] o portfólio que eu gosto muito, os produtos que são realizados também é forma de avaliação, as discussões de casos clínicos e os seminários, essas são normalmente o processo avaliativo.” (P9)

“[...] Porque a turma não é homogênea, a questão da avaliação a mesma coisa [...] O cara assina ou questões abertas ou objetivas [...] eu poucas vezes utilizo a questão do portfólio, ou às vezes peço pra ele fazer trabalho, às vezes eu abro fórum no moodle [...]” (P6)

Este resultado corrobora com a literatura, que afirma haver um esforço, por parte dos educadores, em “oferecer alternativas mais consistentes e fecundas do ponto de vista pedagógico”, levando-os a “experimentar novos formatos de avaliação capazes de produzir e captar os avanços dos estudantes”³¹.

Ainda sobre o processo avaliativo, um dos professores faz menção à necessidade de se construírem instrumentos avaliativos que tenham relação com o que se pretende avaliar, determinando assim que, dentro de um processo de ensino-aprendizagem, o aluno deveria ser avaliado perante suas habilidades cognitivas (conhecimento teórico), habilidades práticas (conhecimento técnico), habilidades atitudinais, dentre outras.

“Agora se a gente for pensar, por exemplo, numa disciplina que tenha o objetivo de aprendizagem mais centralizado nas habilidades psicomotoras, por exemplo, aí já não dá pra fazer prova. Tem que ser observação in loco da competência [...] Aí o processo avaliativo ele é diferenciado [...] e a partir daí se trabalhar muito com o feedback do desempenho do aluno pra que ele possa retroalimentar o processo de ensino-aprendizagem [...]” (P10)

De acordo com os professores, o processo de avaliação do aluno não ocorre de uma maneira processual, formativa. Nesse processo avaliativo, há devolutiva pontual, ao discente, do seu desempenho durante o processo de ensino-aprendizagem. Porém, observa-se uma dicotomia entre avaliação teórica e prática.

Há alguns docentes que, em suas avaliações, levam em consideração: a participação do aluno em sala de aula, frequência, produção de trabalhos, o uso do portfólio como instrumento de avaliação, bem como as provas teóricas e práticas.

“Tem avaliação formal individual. Tem avaliação em grupo [...] existem provas que às vezes é com consulta, os seminários, e a avaliação que você faz individual de como aquele aluno tá participando [...] E na prática, eles vão ser avaliados: frequência, pontualidade, relação teoria-prática, se eles demonstram interesse [...]” (P4)

“[...] É uma avaliação primeiro de conhecimento, depois a gente avalia um pouco de habilidades, e nós avaliávamos também atitude à beira do leito [...] tem também uma avaliação que é de caso clínico [...] Então eu acho que é uma avaliação formativa.” (P2)

Por outro lado, a avaliação discente também se dá de maneira não processual, sendo determinada pela utilização de instrumentos que privilegiam a avaliação somativa, caracterizada pelas provas teóricas. Nesse sentido, observa-se, também, que esse processo de avaliação com fim somativo pode se inter-relacionar com a política institucional adotada, uma vez que o que irá determinar o aprendizado do aluno é o índice alcançado, ou seja, a nota a qual será submetida ao boletim escolar ao término de cada bloco de conteúdo, cuja soma do total dos blocos resultará na sua aprovação final.

“Eu avalio o conteúdo e a aquisição do conteúdo e sempre comparando uma nota com a outra. [...] Então tento fazer uma avaliação formativa, que não seja só prova, mas que tenha também uma nota de participação do aluno, que ele se auto avalie e eu somo tudo isso dentro das quatro notas que eu tenho que dá.” (P8)

De acordo com esses resultados, Mitre et al.³⁰ trazem uma reflexão no sentido de que o processo avaliativo precisa ser processual e formativo para a inclusão, autonomia, diálogo e reflexões coletivas. Considerando o que está posto nas diretrizes curriculares, os autores lembram que a avaliação, como uma atividade permanente e indissociável da dinâmica ensino-aprendizagem, deve acompanhar os avanços dos discentes e reconhecer a tempo suas dificuldades, para intervir com sensibilidade, exigindo, para isso, um trabalho planejado e executado com a participação de todos os envolvidos. Assim, os instrumentos de acompanhamento do processo de ensino-aprendizagem devem ser construídos pensando na superação do modelo tradicional, que prioriza a simples verificação de conteúdos acumulados voltados ao campo teórico, sendo mais abrangente e orientado a todos os seus aspectos, inclusive, ao próprio programa e à atividade docente.

Ainda, para os professores, é o resultado demonstrado, pelo aluno, nas avaliações, que leva o professor a repensar a sua prática no processo de ensino e de avaliação e os instrumentos por ele utilizados no atendimento aos objetivos de ensino-aprendizagem. No entanto, apontam para a necessidade de reflexão sobre essa questão.

Para tanto, deve haver transparência no processo de avaliação. Tanto os objetivos de aprendizagem, quanto os processos de avaliação devem estar claramente expostos e disponíveis a todos os sujeitos envolvidos. Da mesma forma, os critérios de avaliação, devendo constituir um elemento fundamental de orientação dos alunos^{32,33}. Também há a necessidade de coerência de um sistema de avaliação, que considere: a relação entre os aspectos qualitativos e quantitativos do processo, a natureza da relação pedagógica, e os objetivos que se propõe alcançar³⁴.

Não foi identificada manifestação sobre o papel da gestão no desenvolvimento dos saberes docentes no processo ensino-aprendizagem, visando à formação profissional em saúde. Isto, possivelmente, se deve ao entendimento de que a gestão não é responsável pelo dito processo. Almeida, Maia e Batista³⁵ ressaltaram a importância da gestão na sustentabilidade do programa de desenvolvimento docente.

Conclusão

Os resultados deste estudo apontam que a atividade docente em saúde é carente de formação direcionada para o exercício dessa prática. Os professores relacionam essa deficiência relatando dificuldades nos espaços de formação, que não comportam toda a discussão e instrumentalização necessárias no que se refere aos saberes docentes fundamentais ao favorecimento do processo de ensino-aprendizagem em saúde.

Como resultado dessa deficiência de formação, o processo de ensino-aprendizagem em saúde pauta-se na figura do professor como detentor do saber e em práticas de ensino-aprendizagem que privilegiam a transmissão de conteúdos e a utilização de instrumentos de avaliação, que, apesar de diversos, prendem-se na verificação da aquisição dos conhecimentos teóricos e práticos, não assumindo um caráter formativo.

Por outro lado, há indícios de que o processo de ensino-aprendizagem em saúde tende a romper com o modelo tradicional de ensino, uma vez que, ao incorporarem novos saberes à sua prática

docente, os professores elegem práticas inovadoras e facilitadoras em favorecimento da aprendizagem discente.

Urge, portanto, a necessidade de ampliar a discussão acerca do tema, sobretudo, no que se refere ao papel da gestão e a formação pedagógica necessária para a efetividade da docência em saúde, que, mesmo com todas as diretrizes norteadoras e reestruturadoras desse ensino, não garantem, de fato, a formação do profissional com o perfil pretendido.

Colaboradores

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

Referências

1. Nunes CMF. Saberes docentes e formação de professores: um breve panorama da pesquisa brasileira. *Educ Soc.* 2001; 22(74):27-42.
2. Cunha ER. Os saberes docentes ou saberes dos professores. *Rev Cocar.* 2007; 1(2):31-40.
3. Tardiff M. Saberes docentes e formação profissional. 15a ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
4. Pagnez KSMM. O ser professor do ensino superior na área da saúde [tese]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.
5. Ribeiro SL. Processo ensino-aprendizagem: do conceito à análise do atual processo. *Rev Psicopedag [Internet]*. 2010 [acesso 2014 Maio 7]. Disponível em: <http://www.abpp.com.br/artigos/37.htm>
6. Batista NA. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. *Trab Educ Saude.* 2005; 3(2):283-94.
7. Valente GSC, Viana LO. O ensino de nível superior no Brasil e as competências docentes: um olhar reflexivo sobre esta prática. *Prax Educ.* 2010; 6 Supl 9:209-26.
8. Imbernón F. Formação docente e profissional: formar-se para a mudança e a incerteza. 4a ed. São Paulo: Cortez; 2004.
9. Minayo MCS, Gomes SFD. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 30a ed. Petrópolis: Vozes; 2011.
10. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Deslandes SL, Gomes R, Minayo MCS, organizadores. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2012. p. 79-108.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
12. Lei nº. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União.* 23 Dez 1996.
13. Portaria nº 52, 26 de setembro de 2002. Regulamento do Programa de Demanda Social [Internet]. Brasília (DF); 2002 [acesso 2014 Mar 5]. Disponível em: http://www.capes.gov.br/images/stories/download/relatorios/Portaria_52_Regulamento_DS.pdf

14. Pimenta SG, Almeida MI. *Pedagogia universitária: caminhos para a formação de professores*. São Paulo: Cortez; 2011.
15. Carvalho ACP. Projeto pedagógico. In: *Anais da 33ª Reunião da Associação Brasileira de Ensino Odontológico e 24ª Encontro Nacional de Dirigentes das Faculdades de Odontologia*; 1998; Fortaleza, Brasil. Fortaleza: Associação Brasileira de Ensino Odontológico; 1998. p. 27-42.
16. Costa NMSC. Formação pedagógica de professores de nutrição: uma omissão consentida? *Rev Nutr*. 2009; 22(1):97-104.
17. Costa NMSC. Formação pedagógica de professores de medicina. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2010; 18(1):1-7.
18. Soares SR, Cunha MI. Formação do professor: a docência universitária em busca de legitimidade. EDUFBA [Internet]. 2010 [acesso 2014 Maio 16]. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/cb/pdf/soares-9788523209032.pdf>
19. Cunha MI. O lugar da formação do professor universitário: o espaço da pós-graduação em educação em questão. *Rev Dialogo Educ*. 2009; 9(26):81-90.
20. Donato SP, Ens RT. A docência contemporânea: entre saberes docentes e práticas. In: *Anais do 8o Congresso Nacional de Educação – EDUCERE*; 2008; Curitiba, Brasil. Curitiba: Champagnat; 2008. p. 155-67.
21. Almeida PCA, Biajone J. Saberes docentes e formação inicial de professores: implicações e desafios para as propostas de formação. *Educ Pesqui*. 2007; 33(2):281-95.
22. Silva OG, Navarro EC. A relação professor-aluno no processo ensino-aprendizagem. *Interdisciplinar: Rev Eletron Univar*. 2012; 3(8):95-100.
23. Ferraz APCM, Belhot RV. Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gest Prod*. 2010; 17(2):421-31.
24. Rozendo CA, Casagrande LDR, Schneider JF, Pardini LC. Uma análise das práticas docentes de professores universitários da área de saúde. *Rev Latino-am Enferm* [Internet]. 1999 [acesso 2013 Nov 20]; 7(2):15-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n2/13457.pdf>
25. Semim GM, Souza MCBM, Corrêa AK. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão de estudante de enfermagem. *Rev Gauch Enferm*. 2009; 30(3):484-91.
26. Okane ESH, Takahashi RT. O estudo dirigido como estratégia de ensino na educação profissional em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2006 [acesso 2014 Jan 18]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n2/02.pdf>
27. Lazzarin HC, Nakama L, Cordoni Junior L. O papel do professor na percepção dos alunos de odontologia. *Saude Soc*. 2007; 16(1):99-101.
28. Waterkemper R, Prado ML. Estratégias de ensino-aprendizagem em cursos de graduação em enfermagem. *Av Enferm*. 2011; 29(2):234-46.
29. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(3):780-8.
30. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2008 [acesso 2014 Jan 18]; 13 Supl 2:2133-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>
31. Sordi MRL, Silva MM. O uso de portfólios na pedagogia universitária: uma experiência em cursos de enfermagem. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2010 [acesso 2014 Out 14]; 14(35):943-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n35/aop1910.pdf>

32. Zanon DP, Althaus M. Instrumentos de avaliação na prática pedagógica universitária [Internet]. 2008 [acesso 2013 Nov 3]; 1-26. Disponível em: <http://www.drb-assessoria.com.br/InstrumentosdeAvaliacao.pdf>
33. Fernandes D. Avaliação das aprendizagens: uma agenda, muitos desafios. Lisboa: Texto Editores; 2004.
34. Chaves SM. A avaliação da aprendizagem no ensino superior: realidade, complexidade e possibilidades [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2003.
35. Almeida MTC, Maia FA, Batista NA. Gestão nas escolas médicas e sustentabilidade dos programas de desenvolvimento docente. Rev Aval Educ Super [Internet]. 2013 [acesso 2014 Dez 18]; 8(12):299-310. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-40772013000200004&lng=en&nrm=iso

Freitas DA, Santos EMS, Lima LVS, Miranda LN, Vasconcelos EL, Nagliate PC. Saberes docentes sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje y su importancia para la formación profesional en Salud. Interface (Botucatu). 2016; 20(57):437-48.

El objetivo de este trabajo es el de identificar los saberes docentes sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje en salud por parte de profesores de una universidad pública. Se trata de una investigación descriptiva, de abordaje cualitativo, cuyos datos fueron obtenidos por medio de entrevistas a 11 profesores, utilizando el método de entrevista abierta o en profundidad. Los resultados apuntan a una carencia en la formación para el ejercicio de actividades docentes en salud, en donde los saberes específicos de los docentes se basan en un proceso de enseñanza-aprendizaje de acuerdo con el modelo tradicional. Al mismo tiempo, se indica que, al incorporar saberes nuevos, los docentes eligen prácticas innovadoras y facilitadoras que favorezcan la enseñanza y el aprendizaje de los alumnos. Se destaca la necesidad de ampliar la discusión sobre el tema, fundamentalmente en lo que se refiere a la gestión y formación didáctica y pedagógica de los docentes de salud, cosa que es esencial para la formación preconizada por las Directrices Curriculares Nacionales.

Palabras clave: Enseñanza-aprendizaje. Educación Superior. Docentes. Salud.

Submetido em 02/02/15. Aprovado em 23/03/15.

Práticas Integradas em Saúde I:

uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar

Ramona Fernanda Ceriotti Toassi^(a)
Alzira Maria Baptista Lewgoy^(b)

Toassi RFC, Lewgoy AMB. Integrated Health Practices I: an innovative experience through inter-curricular integration and interdisciplinarity. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):449-61.

This paper analyzes an innovative curricular experience named 'Integrated Health Practices I' proposed by the Coordination of Health at the Federal University of Rio Grande do Sul, Brazil. The study was focused on both interdisciplinary and multidisciplinary teaching-learning processes at a Family Care Unit located at the 'Glória-Cruzeiro-Cristal' District in Porto Alegre, Brazil. The content analysis method was used to evaluate the teaching plan and both individual and collective narratives (daily experiences, portfolios and reports) from students and tutors along 2012-2014. This approach put in contact students and tutors with professionals of the Public Health System and instigated curricular changes, promoting the comprehension of the current health system and the interdisciplinarity practice of health care.

Keywords: Higher Education. Curriculum. Teaching care integration services. Brazilian National Health System. Interprofessional relations.

Este artigo analisa uma experiência curricular inovadora chamada 'Práticas Integradas em Saúde I', proposta pela Coordenadoria de Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O foco do estudo são os processos de ensino-aprendizagem em um contexto interdisciplinar e multiprofissional no território de uma Unidade de Saúde da Família do Distrito Sanitário Glória-Cruzeiro-Cristal, Porto Alegre. A metodologia utilizada envolveu a análise de conteúdo do plano de ensino da disciplina e de narrativas individuais e coletivas (diários de campo, portfólios e relatórios) elaboradas por estudantes e tutores entre 2012 e 2014. Esta proposta tem possibilitado o convívio entre estudantes e professores de diferentes cursos de graduação, aproximando-os dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde e transformando currículos. Também promove a compreensão das redes de saúde e a prática interdisciplinar do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Educação Superior. Currículo. Serviços de integração docente-assistencial. Sistema Único de Saúde. Relações interprofissionais.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Mestrado Profissional, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua Ramiro Barcelos, 2492, 2º andar. Porto Alegre, RS, Brasil. 90035-003. ramona.fernanda@ufrgs.br

^(b) Programa de Pós-Graduação, Mestrado em Política Social e Serviço Social, Instituto de Psicologia, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. alzira.lewgoy@ufrgs.br

Mudanças na formação dos profissionais da saúde e a proposta de uma atividade de ensino integradora

Eu atravesso as coisas – e no meio da travessia não vejo! –
só estava era entretido na idéia dos lugares de saída e de chegada.
Assaz o senhor sabe: a gente quer passar um rio a nado, e passa;
mas vai dar na outra banda é num ponto mais embaixo,
bem diverso do que em primeiro se pensou [...].¹ (p. 26)
[...] o real não está na saída nem na chegada: ele se dispõe
para a gente é no meio da travessia [...].¹ (p. 52)

Guimarães Rosa¹ é um dos inspiradores para a escrita deste artigo que nasceu das vivências na disciplina 'Práticas Integradas em Saúde I' (PIS I), desde seu planejamento em 2011, e se abriga no trabalho cotidiano e coletivo na universidade, aqui relatado por professores do curso de graduação em Serviço Social e Odontologia.

Como disse o poeta¹, o real não está na saída, tampouco na chegada, ele se dispõe no meio da travessia. É tempo de travessia, tendo em vista a nova concepção estabelecida na Constituição Federal de 1988, a qual fundamenta a saúde coletiva e o movimento da reforma sanitária como um campo de produção de conhecimento e intervenção interdisciplinar, "onde não há limites rígidos entre as diferentes escutas ou diferentes modos de olhar, pensar e produzir saúde"² (p. 138).

Nessa perspectiva de reorientação da formação profissional, pela substituição do modelo tradicional de organização do cuidado em saúde – historicamente centrado na doença e no atendimento hospitalar –, o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria de Educação Superior e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira do Ministério da Educação, e com o apoio da Organização Pan-Americana da Saúde, instituíram o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), o qual delimitou os aportes teóricos para a fundamentação metodológica da disciplina. A essência do Pró-Saúde é a integração ensino-serviço, buscando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, promovendo transformações na prestação de serviços à população^{3,4}.

No primeiro edital do Pró-Saúde, em 2005, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) apresentou propostas individuais envolvendo os cursos de Enfermagem, Odontologia e Medicina. Em 2007, no Pró-Saúde II, as propostas apresentadas acabaram se ampliando para os demais cursos da saúde. "Além de uma formação mais articulada com a rede de serviços de saúde, o Pró-Saúde II previa um repensar da formação também do ponto de vista da relação interdisciplinar entre as áreas do conhecimento relacionadas à saúde"⁵ (p. 26). Com o Pró-Saúde II, houve a aproximação da UFRGS com os serviços de saúde do Distrito Sanitário Glória-Cruzeiro-Cristal de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Um dos resultados das iniciativas por mudanças na formação em saúde e no fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade aconteceu em 2008, quando foi criada a Coordenadoria da Saúde (CoorSaúde). A CoorSaúde é um órgão colegiado vinculado à Pró-Reitoria de Graduação, formado pelas Coordenações dos cursos de graduação em saúde, que se propõe a desenvolver um Projeto Pedagógico Institucional, atendendo às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da saúde, e a estreitar a integração das ações da universidade com o Sistema Único de Saúde (SUS)⁶.

Mobilizada pela ideia da interdisciplinaridade na formação em saúde trazida pelo Pró-Saúde, e perante a necessidade de promover a integração entre os diferentes currículos da saúde, a CoorSaúde propôs uma atividade de ensino curricular considerada inovadora, por sua característica multiprofissional e interdisciplinar, intitulada 'Práticas Integradas em Saúde I' (4 créditos/60 horas).

Convém destacar que a noção de currículo inovador adotada neste artigo se refere ao conceito de currículo em ação⁷, o qual se configura como uma prática além do fazer técnico, expressando-se em valores e intenções construídas na profissionalidade do professor ao longo de sua trajetória. Nesse currículo, a prática pedagógica do professor é interpretada como "uma rede viva de troca, criação e transformação de significados"⁸ (p. 85), favorecendo uma prática sustentada pela reflexão enquanto práxis – indicativo emancipatório do currículo – e o compartilhamento de conhecimentos⁹.

Dada a importância dessa disciplina enquanto proposta institucional inovadora, o objetivo do presente artigo é analisar a experiência da PIS I na Unidade de Saúde da Família Divisa, Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, Porto Alegre. O foco do estudo são os processos de ensino-aprendizagem no contexto interdisciplinar e multiprofissional.

A ênfase no processo ensino-aprendizagem está centrada na possibilidade de que o estudante vivencie, em sua formação, “[...] situações em que seja mobilizada a sua atividade global que se manifesta em atividade intelectual, atividade de criação, de expressão verbal, escrita, plástica ou outro tipo [...]”¹⁰ (p. 64). O ensino se caracteriza como uma ação “[...] diretamente relacionada à aprendizagem, e, em virtude da relação de reciprocidade, o ato de aprender implica escolha, decisão e responsabilidades de todos os envolvidos”¹¹ (p. 135). Não é, portanto, algo natural, espontâneo, pois exige intencionalidade, planejamento e rigorosidade metodológica¹².

Entende-se, também, que a interdisciplinaridade, nesse contexto multiprofissional, não se restringe ao diálogo entre conhecimentos¹³, efetivando-se na medida em que os conhecimentos específicos de cada área se mantêm. A articulação dos diferentes saberes é que produzirá um novo conhecimento.

Para Japiassu¹⁴, a interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas no interior de um mesmo projeto. A interdisciplinaridade visa à recuperação da unidade humana pela passagem de uma subjetividade para uma intersubjetividade; e, assim sendo, recupera a ideia primeira de cultura (formação do homem total), o papel da escola/universidade (formação do homem inserido em sua realidade) e o papel do homem (agente das mudanças do mundo).

As atividades realizadas na disciplina envolveram: o conhecimento sobre o território adscrito de uma Unidade de Saúde da Família, a integração curricular e a integração ensino-serviço-comunidade, percurso que, dialeticamente, se constitui com os desafios e possibilidades na construção de novas práticas pedagógicas.

Práticas Integradas em Saúde I: elementos essenciais da proposta de formação multiprofissional e interdisciplinar

A ‘Disciplina Integradora’, como ficou conhecida, iniciou no primeiro semestre de 2012, após um ano de planejamento, e, deste então, é oferecida semestralmente pela Comissão de Graduação (COMGRAD) da Faculdade de Odontologia. Sua temática de estudo está baseada no conhecimento e análise do território e dos serviços de saúde, por meio da vivência do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em cenários de prática no SUS.

Até o segundo semestre de 2014, 12 cursos de graduação em saúde da UFRGS compartilharam, em seus currículos, a PIS I, por meio de uma alteração curricular, sendo eles: Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva e Serviço Social, além do curso de graduação em Políticas Públicas. As COMGRADs são responsáveis por estabelecer o pré-requisito para que o estudante possa se matricular na disciplina (Quadro 1). Cada curso oferece aos seus estudantes quatro vagas por semestre. Para que estas vagas sejam oferecidas, é necessária a presença do professor indicado pelo seu curso. Os mesmos professores têm se mantido na disciplina ao longo do tempo, com algumas exceções que envolvem as especificidades e o momento pelo qual passa cada um dos cursos. O professor que está na PIS I deve dar visibilidade à proposta, informando, tanto à COMGRAD de seu curso quanto ao seu Departamento, sobre o desenvolvimento da disciplina.

O processo de seleção das Unidades de Saúde da Família (USF) acontece por uma indicação da Gerência Distrital, em concordância com o Coordenador da Unidade. Após esse primeiro contato, os professores tutores participam de uma reunião de equipe com os profissionais na própria Unidade, apresentam a disciplina – seus objetivos e metodologia –, entregam o plano de ensino e o cronograma do semestre, pactuando as atividades que serão desenvolvidas (contrato pedagógico).

Em 2014-2, cinco USF receberam a PIS I, entre elas, a USF Divisa. Essa USF conta com uma equipe de Saúde da Família (enfermeira, médico de família, dois técnicos de enfermagem e cinco agentes

Quadro 1. Cursos compartilhados, caráter e pré-requisitos da disciplina 'Práticas Integradas em Saúde I'.

Cursos compartilhados	Caráter	Pré-requisitos
Medicina	Adicional	Nenhum pré-requisito
Nutrição	Eletiva	Nenhum pré-requisito
Psicologia (diurno e noturno)	Eletiva	Nenhum pré-requisito
Educação física	Eletiva	Nenhum pré-requisito
Fonoaudiologia	Eletiva	Nenhum pré-requisito
Fisioterapia	Eletiva	Nenhum pré-requisito
Serviço social	Eletiva	Nenhum pré-requisito
Enfermagem	Adicional	Nenhum pré-requisito
Biomedicina	Eletiva	50 créditos obrigatórios
Odontologia (diurno)	Eletiva	60 créditos obrigatórios
Odontologia (noturno)	Eletiva	58 créditos obrigatórios
Saúde coletiva	Adicional	Unidade de Pesquisa em Saúde e Bioestatística I Unidade de Promoção e Educação da Saúde I Unidade de Saúde, Sociedade e Humanidades I Unidade de Tutoria I Unidade Tópicos Integradores em Saúde Coletiva I Unidade de Políticas Públicas e Sistemas de Saúde I
Políticas públicas	Eletiva	20 créditos obrigatórios
Farmácia	Eletiva	Saúde Coletiva e Bioética

comunitários de saúde, com uma equipe de saúde bucal – cirurgiã-dentista e auxiliar de saúde bucal), sendo seu território dividido em cinco microáreas.

De 2012 a 2014, cinco turmas já vivenciaram a disciplina na USF Divisa (38 estudantes dos cursos de Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Saúde Coletiva, Serviço Social e Políticas Públicas), tutoriados por dois professores dos cursos de Odontologia e Serviço Social. A disciplina se organiza em momentos teóricos, de concentração, com todo o grupo (20% da carga horária), e momentos de tutoria em USF do Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal (80% da carga horária).

Os momentos de tutoria são desenvolvidos por grupos com dois professores tutores e oito estudantes, ambos de cursos diferentes. Os professores trabalham de forma integrada, sendo responsáveis por tutoriar quatro estudantes, o que implica: ler e dialogar com os diários de campo semanais dos estudantes, acompanhar a construção do portfólio individual e as competências constituídas por esses estudantes ao longo do semestre.

A tutoria é um exercício de trabalho em equipe multiprofissional entre estudantes, professores e profissionais da saúde, em que todos exercitam a escuta, o respeito e a participação ativa na construção desse trabalho (protagonismo e liderança).

O processo metodológico incorporado pela 'Práticas Integradas' é o da problematização e avaliação do processo e produto da experiência¹⁵⁻¹⁷. As competências relacionais e do trabalho em equipe são trabalhadas ao longo do semestre tendo a vivência local como dispositivo de aprendizagem.

A disciplina ainda faz uso da plataforma virtual de aprendizagem MOODLE para apoiar as atividades desenvolvidas. Nesta plataforma, são disponibilizados: o plano de ensino, as leituras recomendadas/complementares, o cronograma, os lembretes, as postagens do portfólio, bem como

as atividades não presenciais por meio de fóruns de discussão. O plano de ensino não se esquivava da lógica da organização disciplinar da universidade.

A avaliação envolve a entrega (parcial e final) de portfólio individual dos estudantes (incluindo os diários de campo). Além disso, é feita a entrega de um produto final integrado às Unidades de Saúde e a realização de um seminário integrador no final do semestre, onde participam todos os estudantes, professores, profissionais de saúde e representantes da Gerência Distrital. O seminário compartilha as experiências vivenciadas pelos grupos de tutoria, nas diferentes USF, e os produtos finais desenvolvidos em parceria com as equipes de saúde.

Conhecimento do território: um percurso de múltiplos caminhos

O pensamento é sagrado, o único território livre de patrulha,
livre de julgamentos, livre de investigação, livre, livre, livre.
[...]. Espaço aberto para a imaginação.
Paraíso inviolável.¹⁸ (p. 105)

O território anunciado por Martha Medeiros¹⁸ se apresenta como um convite para discorrer sobre este tema, para além dos conceitos que a geografia, a arquitetura e a história oferecem. Ao contrário, a concepção sobre território nem sempre assume limites visíveis no território concreto e nem contornos bem definidos nos sentimentos dos indivíduos e dos grupos.

Para a construção deste artigo, foi necessária a análise do plano de ensino da disciplina e das narrativas descritas pelos estudantes e professores (2012-2014) que experienciaram a disciplina na USF Divisa. Foi pelas narrativas que houve a possibilidade de interlocução entre o prescrito, o desejado e o vivenciado por seus protagonistas. Os instrumentos que alicerçaram os caminhos dessas narrativas constituíram-se pelos: a) diários de campo individual dos estudantes, b) portfólios individuais dos estudantes e professores, c) relatórios finais do processo de territorialização na USF Divisa.

O método de pesquisa utilizado foi o da análise de conteúdo¹⁹, a qual foi ancorada nos conceitos de território, saúde, interdisciplinaridade, formação e produção do conhecimento, e que estão contribuindo para a construção de outro – o da integração curricular.

Para se estabelecerem as categorias iniciais da análise de conteúdo, realizou-se uma leitura fluente do material, viabilizando o conhecimento da estrutura e da narrativa, possibilitando, dessa forma, ter as primeiras orientações e impressões em relação: à mensagem das narrativas, aos critérios de homogeneidade, representatividade, exaustividade, pertinência, exclusividade e adequação. Nesta etapa, o corpus foi submetido a um estudo aprofundado e orientado pelas formulações e referenciais teóricos. Inicialmente, submeteu-se esse corpus a um processo preliminar de codificação e categorização. As informações foram, então, agrupadas, considerando a parte comum existente entre elas. Não havia, 'a priori', categorias definidas, mas essas emergiram da análise e foram classificadas por semelhança. Procurou-se assegurar o critério da homogeneidade, segundo o qual os textos são crivados a partir de uma direção da análise, a fim de classificar cada elemento em categorias finais. Por fim, os resultados brutos foram ajustados de maneira que fossem significativos e válidos, permitindo a compreensão das contradições e dos fatores que acompanham e potencializam o processo ensino-aprendizagem na disciplina.

A concepção de território adotada se constituiu pela revisão da literatura e pela compreensão do território como o espaço onde se verifica a interação população-serviços de saúde no nível local, caracterizando-se por uma população com condições de vida, saúde e acesso aos serviços específicos, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, e que interage com os gestores das distintas unidades prestadoras de serviços de saúde^{20,21}.

Pereira e Barcellos²² consideram que o entendimento de território por parte dos grupos de técnicos e usuários do sistema de saúde tende a influenciar na forma como esse território será incorporado à prática de suas ações; por isso, a importância da incorporação, ao conceito de território, de seu componente cultural. O território carrega sempre, de forma indissociável, uma dimensão simbólica

ou cultural em sentido estrito e uma dimensão material, de natureza predominantemente econômica e política²³.

Para o conhecimento do território, foram realizadas sucessivas aproximações a esse espaço, por meio de visitas de observação dos estudantes e professores, acompanhadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), e de sínteses provisórias por parte dos estudantes ao final de cada atividade. Além da presença constante e cuidadosa das ACS, outros profissionais também estiveram presentes em momentos pontuais, como os profissionais da equipe da USF e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), além do agente de endemias, auxiliando, assim, a desenhar e a integrar conteúdos e percepções entre os sujeitos envolvidos no processo de territorialização.

A cartografia foi utilizada como dispositivo para visualização e mapeamento do território. Diferentemente do mapa, representação de um todo estático, a cartografia é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo em que há os movimentos de transformação da paisagem, o desmantelamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formação de outros mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornaram-se obsoletos. Assim, uma das tarefas do cartógrafo é dar língua para afetos que pedem passagem; e dele se espera, basicamente, que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias necessárias²⁴. Ancorada numa compreensão da cognição inventiva e numa política cognitiva criadora, a cartografia afasta-se da abordagem teórica e da política de representação de um mundo supostamente dado²⁵.

Entende-se que esta proposta só será efetiva se vier acompanhada de uma relação ativa com o objeto de conhecimento, o que exige uma prática pedagógica que, no seu conjunto, seja significativa para os estudantes e possa desenvolver a responsabilidade pela construção autônoma do seu conhecimento. Significado este que foi ampliado, na medida em que os profissionais da equipe de saúde também se inserem no fazer pedagógico.

O estímulo do registro da experiência utilizando os diários de campo para a construção do portfólio individual (descrições das atividades realizadas, impressões subjetivas sobre as vivências, além de reflexões relacionando conteúdos teóricos com as práticas tutoriadas) mostrou-se fundamental para a construção do conhecimento, na medida em que estabeleceu uma relação singular de aprendizagem entre estudante e tutor²⁶.

O diário de campo entregue semanalmente pelos estudantes constituiu documento instrumental de caráter descritivo-analítico, investigativo e de síntese, proporcionando o exercício da reflexão, do pensar e do agir por meio dos registros das vivências no território junto com a equipe de profissionais da USF Divisa e com os professores no processo tutorial. Avalia-se, ainda, que o diário, para o estudante narrar e descrever sua experiência recente no processo de territorialização, permitiu a construção-reconstrução não só da vivência em nível do discurso prático, mas da conexão teórico-prática.

A devolução sequencial desses diários pelos tutores, a cada novo encontro, e a inclusão dos diários de campo ao portfólio mostraram-se um dispositivo facilitador da aprendizagem, na medida em que possibilitou a descrição dos diferentes tempos da aprendizagem²⁶.

Integrando currículos, saberes, percepções e sentimentos

Quem tenta ajudar uma borboleta sair do casulo a mata.
Quem tenta ajudar um broto sair da semente o destrói.
Há certas coisas que não podem ser ajudadas.
Tem que acontecer de dentro para fora.²⁷ (p. 34)

Rubem Alves²⁷, sensível aos processos educativos, ensina a pensar sobre o tempo de maturação necessário para dar sentido aos processos de desenvolvimento e de aprendizagem. A construção do conhecimento, habilidades e atitudes é um processo que está diretamente relacionado entre si e

precisa ser orgânico, acontecer de dentro para fora. Dando sentido ao tema 'Integrando currículos, saberes, percepções e sentimentos', e à direção assumida para que a integração coexista, foi preciso que os professores da disciplina trabalhassem como mediadores e envolvessem os estudantes, deixando de existir em si para si, tarefa extremamente desafiadora.

Para tanto, foi importante a compreensão das DCN que embasam os cursos de graduação da área da saúde, e estabelecem, enfatizam e valorizam o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade no cuidado em saúde²⁸. Baseados nessas Diretrizes, muitos cursos reestruturaram seus currículos para atenderem ao desafio da formação integrada e interdisciplinar em saúde²⁹.

A interdisciplinaridade caracteriza-se pela possibilidade do trabalho conjunto que respeita as bases disciplinares específicas; contudo, busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições, e o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde. Assim, práticas interdisciplinares pressupõem um profundo respeito à cultura das pessoas, bem como às crenças e valores de cada um, tanto dos profissionais quanto da população assistida pela equipe de saúde³⁰.

Ao longo do período nesta USF, buscou-se o desenvolvimento de práticas de ensino orientadas para a importância do trabalho interdisciplinar em saúde, ressaltando os olhares de diferentes áreas que se complementaram durante o processo. Houve a inserção dos estudantes e professores no cotidiano do trabalho de uma equipe de Saúde da Família, contando com o diferencial da interdisciplinaridade representado pelos diferentes cursos dos quais os estudantes e professores são oriundos.

Percebeu-se a existência de estigmas por parte dos estudantes, tanto em relação aos profissionais da saúde, trabalhadores do SUS – enquanto realização de um trabalho precário, sem ver as condições de trabalho a que estão submetidos – quanto com os usuários dos serviços de saúde.

A avaliação dos estudantes em relação à contribuição da PIS I para sua formação mostrou a aproximação e o diálogo com os profissionais que atuam no SUS e a compreensão da unidade teórico-prática, por meio da inserção na USF, bem como uma reflexão sobre as condições do sistema de saúde e o correspondente território de abrangência. A vivência e o diálogo interdisciplinar possibilitaram a integração entre os professores e estudantes de diferentes cursos, com o intuito de que, desde a graduação, exista a prática interdisciplinar. Nesse contexto, não há um saber superior a outro, mas saberes horizontais que se complementam na construção de um saber coletivo³¹. Valorizam-se os saberes específicos de cada área de formação, também reconhecendo que estas áreas precisam estar aliadas para que haja, de fato, um olhar integral sobre a saúde³², conforme evidenciado nos registros dos estudantes:

"[...] os estudantes experimentaram uma inserção nos serviços de saúde e a equipe de trabalho teve o ganho do mapa 'falante' construído no momento das visitas junto com as agentes de saúde, na perspectiva de compreender qual é o mapa que a equipe enxerga, o que é necessário demarcar. Possibilitar à equipe a construção desse mapa impulsiona a reflexão do processo de trabalho e das condições para tanto, como meios e equipamentos para articulação como forma de assistir o usuário em sua integralidade. [...] as vivências foram de extrema relevância para formação integral/integrada em saúde dos estudantes". (Estudantes PIS I, 2012-1)

"[...] tivemos a oportunidade de conhecer e entender de que forma atuam os profissionais que trabalham em equipes multidisciplinares. [...] a atividade integradora dos cursos fora da Universidade e a inserção dos alunos na comunidade permitiu uma maior aproximação da realidade que encontraremos durante a vida profissional, propiciando aos estudantes uma visão lógica e direcionada". (Estudantes PIS I, 2012-2)

"[...] a experiência de trocas entre as áreas é de grande potência. Ao se deparar com determinadas situações e poder experimentar as impressões dos outros, um novo olhar, que fala de outro lugar, de outra lógica de conhecimento, é de extrema importância para a formação do

profissional da saúde. Profissional que se faz nas relações e que prioriza um olhar ampliado para o sujeito". (Estudantes PIS I, 2013-1)

"[...] é realmente muito inovadora e nos proporciona vivência que jamais teremos em uma sala de aula. O contato com os profissionais de saúde e com os usuários do sistema foi muito enriquecedor e único. Pude pensar em como será atuando como profissional em uma equipe de saúde da família. Quais as dificuldades que serão enfrentadas e como ultrapassar os limites do meu curso, como entender os colegas das outras profissões, como trabalhar em equipe sabendo aproveitar o melhor de cada um para dar a melhor assistência ao paciente". (Estudante PIS I, 2013-2)

"A participação na disciplina permitiu a análise dos processos de trabalho e a problematização das práticas de saúde. [...] tais questões somente puderam ser oportunizadas devido ao formato pedagógico de ensino por tutoria no cenário de prática adotado na disciplina em questão. Desta forma, ressalta-se que atividades que proporcionam práticas integradas tem grande relevância no processo de formação acadêmica e pessoal de discentes da área da saúde". (Estudantes PIS I, 2014-1)

"A disciplina é um espaço de construção coletiva de conhecimento. Permite, a partir de diversos saberes e áreas de atuação, que o grupo construa um produto comum, através da interdisciplinaridade, ensinando-nos a trabalhar conjuntamente e na soma, ao invés de nos limitarmos em teorias individualizantes. Essa vivência é um potente espaço de aprendizagem, pois nos demonstra como é o cotidiano daqueles que topam os desafios da saúde pública. Antes de tudo aprende-se, se exercita, o ouvir o outro valorizando o seu saber, somando-o ao nosso, na tentativa de entender e atender o sujeito de forma integral, contextualizada e comprometida". (Estudante PIS I, 2014-2)

As reflexões dos estudantes apontam: um avanço para o ensino no campo da formação profissional em saúde, o amadurecimento teórico por meio das vivências em cenários de prática do SUS, e a ampliação da capacidade crítica de situar as condições e as relações de trabalho num contexto estrutural de crise no mundo do trabalho.

Acrescenta-se, ainda, o reconhecimento do diálogo entre diferentes profissões da saúde, o qual permite o direcionamento para a inovação da prática pedagógica entre os professores, acostumados a processos de planejamento, execução e avaliação das suas atividades de forma individual e por núcleo específico de conhecimento.

Nessa perspectiva, estudantes e professores constroem, a cada semestre, produtos integrados que se materializam a partir da parceria estabelecida com a equipe de saúde da Unidade, destacando-se: a) relatórios do processo de territorialização, b) pôster com o relato da experiência na USF, c) jornal para a comunidade (Figura 1), d) mapa atualizado do território com as cinco microáreas (Figura 2).

Observa-se o potencial dessa disciplina para a superação de práticas 'endogenistas' do trabalho em saúde, caracterizando-se como uma experiência de educação interprofissional na graduação, em que diferentes profissões "aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para a afetiva colaboração e melhoria dos resultados na saúde"³³ (p. 13). Caracteriza-se, assim, a intencionalidade desta Universidade no desenvolvimento de uma força de trabalho colaborativa em saúde preparada para a prática, incluindo o trabalho clínico e o não clínico, capaz de prestar serviços resolutivos nos diferentes espaços de cuidado em saúde³³.

Pesquisas sobre educação interprofissional têm sido relatadas na literatura. Revisão qualitativa de Barr et al.³⁴ avaliou que a educação interprofissional baseada no trabalho é capaz de modificar a prática e a assistência ao paciente, sendo valorizadas pelos alunos. Já Reeves et al.³⁵ mostraram que, apesar dos resultados positivos encontrados nas intervenções de educação interprofissional comparadas às intervenções educacionais, em que os profissionais da saúde aprendem separados uns dos outros, ainda não é possível tirar conclusões generalizáveis sobre os efeitos da educação interprofissional. Isto se explica pelo pequeno número de estudos encontrados com esse delineamento

INFORMAÇÕES DA UNIDADE



Da esquerda para direita: Enfermeira e Coordenadora da USF Márcia Abrecht, Agente Comunitária Liliane da Luz, Médico Eduardo Rizzon, Técnica de Enfermagem Marizur Jung, Agentes de Saúde Carmem Machado, Luci Fukes (à frente) e Maria Lilian Damaceno (à direita), estudantes e professoras da disciplina Práticas Integradas em Saúde I.

Conselho Local de Saúde
Local das reuniões: Clube de Mães
Próxima reunião: 10/12/2013
Horário: 19 horas
Participem!

Conselho Distrital Glória-Cruzeiro-Cristal
conselhogcc.blogspot.com.br

Turno	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Acolhimento + Agendamento de consultas	Acolhimento + Agendamento de consultas	Acolhimento + Agendamento de consultas	Acolhimento + Agendamento de consultas	Acolhimento + Agendamento de consultas
Tarde	Programa Pré-nenê	Renovação receitas controladas (saúde mental) Teste rápido HIV e Sífilis	15h Reunião de equipe VD médico	VD enfermeira Agenda de hipertensos e diabéticos Agenda preventivo de saúde da mulher	Pré-Natal

* Consultas de Odontologia: agenda aberta.



Adicione a USF DIVISA no Facebook e acompanhe as novidades!

8

UFRGS
Prefeitura de PORTO ALEGRE
CoorSaúde
SUS

INTEGRANDO O DIVISA

Um jornal da Comunidade Divisa
Dezembro 2013

Ano 1 – Número 1

Colaboraram nesta Edição:

Disciplina Práticas Integradas em Saúde I – UFRGS

Professores
Alzira M. B. Lewgoy – Serviço Social
Ramona F. C. Toassi – Odontologia

Estudantes
Camila Campello – Saúde Coletiva
Giane Mendonça – Farmácia
Luciano Damaceno – Medicina
Manuela Almeida – Serviço Social
Monique Scapinello – Psicologia
Natasha Malinoski – Nutrição
Tamires Ben – Farmácia

Unidade de Saúde da Família (USF) DIVISA

Agentes Comunitárias de Saúde
Carmem Regina Piúga Machado
Liliane Costa da Luz
Thaina Paola Araújo da Silva
Luci Cunha Fukes
Maria Lilian Trindad Damaceno
Enfermeira/Coordenadora USF
Márcia Arthmar Mentz Abrecht
Médico
Eduardo Schmidt Rizzon
Técnica de Enfermagem
Marizur Daiello Jung
Carina Ligoski de Souza
Cirurgiã-Dentista
Caroline Bonacina
Auxiliar de Saúde Bucal
Aline Andrade

Comunidade

Renato Maia da Silva
Gina Santiago
Madalena Suporte Rossler
Júlio Cesar O. Maciel



Endereço: Upamoroti, 735 – Cristal
Telefone: (51) 3241-5086

DIA DAS CRIANÇAS E AÇÃO DE COMBATE À DENGUE

ENTREVISTA COM LÍDER COMUNITÁRIO

OFICINAS TERAPÊUTICAS

BIBLIOTECA COMUNITÁRIA E CLUBE DE MÃES

VISITA SEDA

NOVA DENTISTA NA EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

REDISTRIBUIÇÃO DAS MICROÁREAS DA UNIDADE DE SAÚDE DIVISA

1

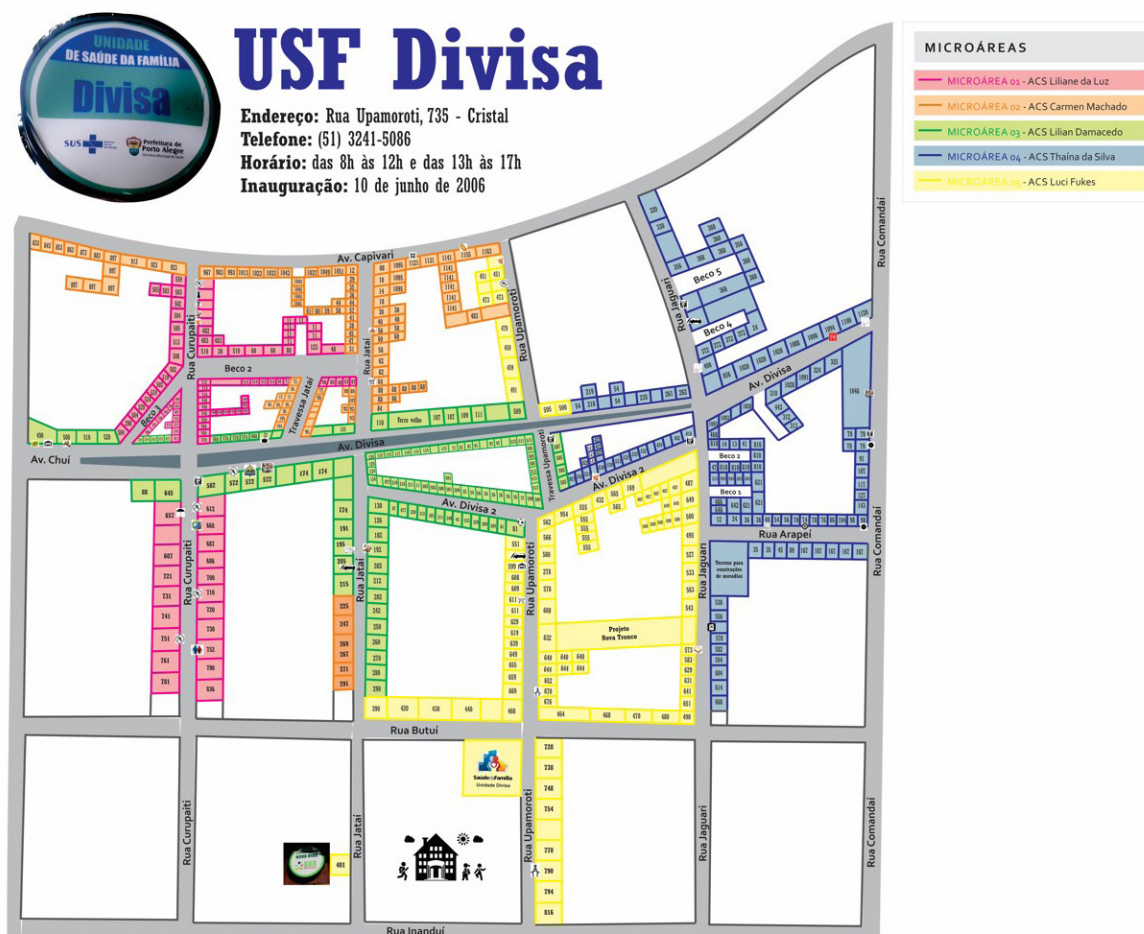
Figura 1. Jornal Integrando o Divisa

e limitações metodológicas, sendo necessária a realização de estudos que forneçam informações sobre o impacto deste tipo de intervenção na prática profissional em saúde. Tal limitação também se aplica a essa experiência.

Construindo novos caminhos para a formação em saúde e para o fortalecimento da integração ensino-serviço-comunidade

Não ter medo da queda. Foi assim que se construiu a ciência: não pela prudência dos que marcham, mas pela ousadia dos que sonham. Todo conhecimento começa com o sonho. O conhecimento nada mais é que a aventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa que não se ensina. Brota das profundezas do corpo, como a água brota das profundezas da terra. Como Mestre só posso então lhe dizer uma coisa: "Conte-me os seus sonhos, para que sonhemos juntos!" .²⁷ (p. 56)

Arquitetar e trilhar caminhos são descobertas que precisam ser vivenciadas com os amores e os temores. Fazendo uma analogia com os caminhos para a formação em saúde, em especial com a disciplina, ressalta-se que esses amores e temores perpassam pelo reconhecimento da trajetória política



Coleta de dados e elaboração do mapa: ACS Carmen Machado, Lillian Damacedo, Liliane da Luz, Luci Fukes e Thaina da Silva; Profs. Ramona Ceriotti e Alzira Lewigoy; Estudantes de graduação Angélica Siqueira, Erico Trevizan, Kate Lima, Karine Alves, Isadora Netto, Juliana Scherer, Tadeu Dourado, Vanessa Follador e Vitória Farias. Disciplina de Práticas Integradas em Saúde (UPRG5), 2014/3.

Figura 2. Mapa do território da Unidade de Saúde da Família Divisa, Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

de transformação desse cenário na universidade e na docência, e pela adoção de metodologias de intervenção pedagógica que possibilitem a reflexão sobre os objetivos e alcances dos estudos que norteiam o Pró-Saúde e a disciplina.

A proposta da PIS I vem se consolidando para além do conhecimento do território, caracterizando-se por um processo permanente de qualificação e atualização, que tem possibilitado:

- convívio, troca de experiências e conhecimentos entre estudantes e professores de diferentes cursos de graduação;
- aproximação entre estudantes que estão em diferentes momentos da formação;
- reflexão sobre as condições do sistema público de saúde, do processo de trabalho e atribuições da equipe de saúde nos territórios;
- visibilidade do trabalho desenvolvido pelas ACS;
- produção coletiva textual, atendendo às demandas do serviço e da formação;
- utilização da cartografia como dispositivo para organização e reprodução do mapa da área adscrita da Unidade de Saúde.

Concluindo, a contribuição da experiência está exatamente na possibilidade de compartilhar sonhos e trabalho entre professores, estudantes e profissionais do SUS. Este processo afeta os currículos de diferentes cursos de graduação, os quais embasam propostas pedagógicas distintas, mas que, intencionalmente, buscam a não-fragmentação do processo ensino-aprendizagem, ancorando-se nas competências e atribuições profissionais para o exercício da formação em saúde no cotidiano acadêmico.

Há o desafio pela busca por novas possibilidades: de pensar e agir diante dos limites encontrados; de estudar, intervir e aprender com a realidade em processo, transformando conhecimento em ação; de não perder a capacidade de encontrar caminhos e produção de vida diante de uma realidade que, muitas vezes, é dura, complexa e violenta nos cenários de prática.

Constantemente, vozes discordantes/'estranhamentos' acompanham o grupo, incorporam-se ao aprendizado de uma disciplina inovadora como a 'Práticas Integradas', capazes de auxiliar no avanço e na consolidação da proposta a cada semestre. Cada novo grupo de estudantes representa uma renovação permanente. É bem verdade que seu contexto é delicado, sendo uma atividade eletiva ou adicional aos currículos, em um grupo maior de estudantes e professores que estão nos territórios somente uma tarde por semana (nas sextas-feiras) e, ainda assim, com muitas interrupções por conta do calendário acadêmico. Alia-se a isto o fato de que, nas Unidades Acadêmicas da universidade, nem sempre a proposta de ensino intercurricular por tutoria faz parte das prioridades/possibilidades dos cursos.

As possibilidades de avanço transitam entre a aposta/estímulo da universidade na formação interprofissional e a necessidade imperativa da inovação do ensino na saúde, tendo o protagonismo de todos os envolvidos nos processos educativos.

Colaboradores

As autoras participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Rosa JG. Grande sertão: veredas. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
2. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: Campos GWS, Bonfim JRA, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 137-70.
3. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Brasília (DF): MS; 2007.
4. Carcereri DL, Loch ACP, Bastos RC. Fatores relevantes para a mudança na formação em Odontologia motivados pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Rev ABENO. 2014; 14(1):94-106.
5. Bueno D, Tschiedel R, organizadores. A arte de ensinar e fazer saúde: UFRGS no Pró-Saúde II. Porto Alegre: Libretos; 2011.

6. Disciplina Integradora: com um pé na vida real. *Rev Rede Gov Colaborativa*. 2012; 1(1):12-5.
7. Sacristán JG. Plano do currículo, plano do ensino: o papel dos professores/as. In: Sacristán JG, Gómez AIP, organizadores. *Compreender e transformar o ensino*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 197-232.
8. Gómez AIP. Ensino para a compreensão. In: Sacristán JG, Gómez, AIP, organizadores. *Compreender e transformar o ensino*. 4a ed. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 67-98.
9. Sacristán JG. *O currículo: uma reflexão sobre a prática*. Porto Alegre: Artmed; 2000.
10. Libâneo JC. *Didática*. São Paulo: Cortez; 1994.
11. Lewgoy AMB. *Supervisão de estágio em Serviço Social: desafios para a formação e o exercício profissional*. 2a ed. São Paulo: Cortez; 2010.
12. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 31a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2005.
13. Paviani J. *Interdisciplinaridade: conceitos e distinções*. Caxias do Sul: Educs; 2008.
14. Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago; 1976.
15. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos. *Interface (Botucatu)*. 1998; 2(2):139-54.
16. Lewgoy AMB. O estágio supervisionado em serviço social: desafios e estratégias para a articulação entre formação e exercício profissional. *Temporalis*. 2013; 13(25):63-90.
17. Abrahão AL, Merhy EE. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49):313-24.
18. Medeiros M. *Coisas da vida: crônicas*. Porto Alegre: L&PM; 2011.
19. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Ed. 70; 2011.
20. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(3):898-906.
21. Barcellos CC, Sabroza PC, Peiter P, Rojas LI. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. *Inf Epidemiol SUS*. 2002; 11(3):129-38.
22. Pereira MPB, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia*. 2006; 2(2):47-55.
23. Monken M, Peiter P, Barcellos C, Rojas LI, Navarro M, Gondim GMM, et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde ambiente. In: Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 23-41.
24. Rolnik S. *Cartografia sentimental, transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade; 1989.
25. Passos E, Kastrup V, Tedesco S. Dossiê cartografia: pistas do método da cartografia. *Fractal Rev Psicol*. 2013; 25(2):217-20.
26. Ferla AA, Ceccim R. Portfólio como dispositivo da avaliação: aproximações para a definição de novas estratégias de avaliação no curso de bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS. In: Ferla AA, Rocha CMF, organizadores. *Cadernos da Saúde Coletiva: inovações na formação de sanitaristas*. Porto Alegre: UFRGS; 2013. p. 51-8.
27. Alves R. *A alegria de ensinar*. 3a ed. São Paulo: ARS Poética; 1994.
28. Haddad AE, Pierantoni CR, Ristoff D, Xavier IM, Giolo J, Silva LB, organizadores. *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004*. Brasília (DF): Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.

29. Toassi, RFC, Stobäus CD, Mosquera, JJM, Moysés SJ. Currículo integrado no ensino de Odontologia: novos sentidos para a formação na área da saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(41):529-42.
30. Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(18):521-36.
31. Santos DS, Rosa ES, Braga IL, Diehl M, Kuck N, Cendron SW, et al. Processo de territorialização na Unidade de Saúde da Família Divisa, Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012-2. Relatório final. *Disciplina Práticas Integradas em Saúde I*. Porto Alegre: UFRGS; 2013.
32. Signorini AV, Costa CR, Gonçalves GG, Fergutz LS, Peres MM, Marroquin RO, et al. Processo de territorialização na Unidade de Saúde da Família Divisa, Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, 2012-1. Relatório final. *Disciplina Práticas Integradas em Saúde I*. Porto Alegre: UFRGS; 2012.
33. Organização Mundial da Saúde. Redes de profissões de Saúde. Enfermagem e Obstetrícia. Recursos Humanos para a Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010.
34. Barr H, Freeth D, Hammick M, Koppel I, Reeves S. Evaluations of interprofessional education: a United Kingdom Review for Health and Social Care. London: CAIPE/BERA; 2000.
35. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; (3):1-47.

Toassi RFC, Lewgoy AMB. Acciones Integradas de Salud I: una experiencia innovadora de integración intercurricular e interdisciplinar. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):449-61.

Este artículo examina una experiencia curricular innovadora en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul - 'Acciones Integradas de Salud I'. La investigación tiene como enfoque los procesos de enseñanza-aprendizaje en un contexto interdisciplinario y multiprofesional en el territorio de una Unidad de Salud de la Familia, Distrito 'Glória-Cruzeiro-Cristal', Porto Alegre, Brasil. La metodología consistió en el análisis de contenido del plan de enseñanza y de las narrativas individuales y colectivas (diarios de campo, portafolios, informes) descritas por profesores y estudiantes entre 2012 y 2014. Esta propuesta ha hecho posible la convivencia entre estudiantes y profesores de diferentes cursos de graduación, acercándolos a los trabajadores del Sistema Público de Salud y transformando currículos. Además, promueve la comprensión de las redes de salud y la práctica interdisciplinaria del cuidado de la salud.

Palabras clave: Educación Superior. Curriculum. Servicios de integración docente asistencial. Sistema Brasileño de Salud. Relaciones interprofesionales.

Submetido em 20/02/15. Aprovado em 14/09/15.

Cuando la alegría entra al centro de salud:

una experiencia de promoción de salud en Buenos Aires, Argentina

Claudia Bang^(a)
 Alicia Stolkner^(b)
 Marcela Corín^(c)

Introducción

Desde el comienzo del siglo XXI en algunos países de Suramérica se observa un proceso de revitalización de la Atención Primaria de Salud (en adelante APS) en su abordaje integral, en congruencia con el ideario original de la declaración de Alma-Ata¹. Se recupera así la concepción de la salud como derecho humano esencial, la acción intersectorial como elemento clave para la universalidad e integralidad del cuidado de la salud y la participación de la comunidad como componente central². En este contexto, se revaloriza y redimensiona la promoción de salud, entendiéndola como la acción intersectorial sobre sus determinantes sociales e institucionalización de la participación comunitaria. En trabajos anteriores^{3,4} hemos realizado un desarrollo histórico y conceptual de las ideas de comunidad y participación, resaltando su relevancia en la implementación de la estrategia de APS en nuestra región. En este sentido, Emiliano Galende⁵ afirma que, en la actualidad resulta imprescindible la participación activa de la comunidad en prácticas y políticas de salud que afectan a los primeros niveles de atención, y específicamente en lo referente a prevención en salud mental.

En países como Bolivia, Ecuador y Venezuela, el paradigma del “buen vivir” sustenta el accionar de la política pública y puede interpretarse como acción intersectorial por la salud integral de los pueblos⁶. Esta perspectiva también integra cuidados de salud mental en prácticas generales de salud, incorporando la dimensión subjetiva de los padecimientos en el modelo de atención⁷.

En Argentina, este proceso tiene lugar en el contexto de un sistema de salud caracterizado históricamente por la segmentación y fragmentación de sus componentes, lo que ha significado un gran desafío a la hora de integrar los subsistemas bajo los principios de universalidad, equidad, justicia y garantía de derechos⁸. Por otro lado, la implementación de una APS integral convive con un avance de la biomedicina, cuyas características principales son la hegemonización del discurso médico centrado en lo biológico, la a-historicidad, el a-culturalismo, el individualismo, la eficacia pragmática y la orientación curativa⁹.

En este complejo escenario surgen experiencias locales, más o menos aisladas, que incorporan prácticas de promoción, prevención y educación para la salud

^(a) Becaria posdoctoral, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Gral. Juan Lavalle 2353, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. claudiabang@yahoo.com.ar

^(b) Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina. astolkner@gmail.com

^(c) Centro de Salud y Acción Comunitaria n° 24. Buenos Aires, Argentina. mavicorin@hotmail.com

desde una perspectiva de APS integral, en instituciones del primer nivel de atención⁴. Sin embargo, estos dispositivos no han sido suficientemente estudiados y caracterizados, quedando generalmente invisibilizados tras el discurso hegemónico que prioriza prácticas biomédicas.

El objetivo del presente trabajo es describir y analizar una experiencia de promoción y educación para la salud integral llevada adelante por el Programa de Adultos y Adultos Mayores de un Centro de Salud y Acción Comunitaria (en adelante CeSAC) en articulación intersectorial, en una zona marginal urbana del sur de la Ciudad de Buenos Aires. Dicha experiencia incorpora actividades de arte, creatividad y juego en el trabajo grupal, logrando un proceso de creación artística colectiva con fuerte impacto subjetivo en sus integrantes.

Si bien esta experiencia se desarrolla con adultos y adultos mayores, la caracterización y análisis del abordaje específico del trabajo en promoción de salud con esta franja etaria excede los objetivos de este artículo. Nos interesa aquí centrarnos en el análisis de la importancia en la incorporación de diversas estrategias, elementos y recursos, que permiten la apertura a otras perspectivas y visiones en los dispositivos de promoción de salud de APS.

Metodología

Este estudio se desarrolla como parte de una investigación posdoctoral de la primera autora bajo la dirección de la segunda autora, cuyo objetivo general es describir y analizar dispositivos del primer nivel de atención basados en la participación comunitaria y la producción de cuidados en salud y salud mental. Se trata de la sistematización de una experiencia de intervención comunitaria como parte de los objetivos de dicha investigación posdoctoral. Enmarcada en la investigación cualitativa en salud¹⁰, se trata de un estudio de tipo exploratorio y descriptivo¹¹ que ha combinando diversas técnicas en la recolección de datos, sistematización y análisis del material. El trabajo de campo se ha desarrollado desde la perspectiva etnográfica, caracterizada por el contacto directo de la investigadora con los actores durante un tiempo relativamente extenso¹², lo que ha permitido tomar a la observación participante como técnica principal.

Durante el año 2014 la primera autora de este artículo acompañó los talleres semanales del grupo Alegría (programa de Adultos y Adultos Mayores) y observó participativamente el proceso de creación colectiva de "El Murgón de la Alegría". Se observaron participativamente las reuniones de planificación y evaluación con el equipo de coordinación, así como otros espacios, actividades y articulaciones en la institución. Este trabajo incluye la perspectiva de los actores implicados a través de la realización de entrevistas en profundidad a los coordinadores del grupo y a 6 de sus participantes. En las entrevistas se indagó sobre la caracterización de las prácticas objeto de estudio y los discursos sobre la propia participación en dichas prácticas.

El proceso de sistematización del material recogido se realizó siguiendo dos técnicas de análisis de contenido: el análisis temático y el análisis de relaciones¹³. El principio de recurrencia temática en el material de campo nos permitió delimitar grandes núcleos temáticos, los que fueron ordenados siguiendo los criterios de integración local e inclusiva¹⁴, permitiendo redactar el escrito final y desprender conclusiones y reflexiones finales. Como criterios de validez se utilizó la triangulación de técnicas en el trabajo de campo y análisis de la información, y el criterio de credibilidad etnográfica¹⁵. También se ha incorporado la triangulación entre investigadores, a través de encuentros periódicos e intercambio permanente con miembros del equipo de investigación en el que se inscribe este trabajo y otros investigadores de áreas afines. En relación a los criterios éticos y de acuerdo a las características de la investigación, se ha seguido un proceso gradual de obtención del consentimiento informado¹⁶.

Conociendo al Grupo Alegría

El taller de Adultos y Adultos Mayores "Grupo Alegría" tiene lugar en un Centro de Salud y Acción Comunitaria ubicado una zona marginal urbana del sur de la ciudad de Buenos Aires¹⁷. El componente

migratorio es una de las características más significativas de la población que concurre a dicho CeSAC, siendo en su mayoría familias pobres provenientes de países vecinos. Las problemáticas de salud de la población del barrio son altamente complejas, marcadas por las precarias condiciones de vida y la exclusión social.

El grupo Alegría, nombre elegido por sus integrantes, está coordinado por un equipo interdisciplinario e integrado por unos treinta hombres y mujeres mayores de cincuenta años, la mayoría de ellos provenientes de Chile, Paraguay, Perú y Bolivia, que se han instalado junto a sus familias en el barrio. Algunos poseen como primera y principal lengua el guaraní proveniente de Paraguay, por lo que es muy común que se hablen ambos idiomas durante los encuentros. La mayoría no posee trabajo, las mujeres por lo general están ligadas a tareas del hogar y del cuidado de otros miembros de su familia, principalmente nietos. Muchos han llegado al grupo por invitación de otros integrantes o por derivación de diversos profesionales de la misma institución, al detectar situaciones de aislamiento, soledad o tristeza prolongada. Algunos participantes presentan limitaciones motrices, visuales y auditivas propias de una edad avanzada, o resultantes de enfermedades discapacitantes; sin embargo, lo que prima es la vitalidad en el espacio compartido. Durante el tiempo que hemos acompañado las actividades del grupo hemos notado que se trata de un espacio dinámico, activo y participativo, pero sobre todo se trata de un espacio muy inclusivo que toma el desafío del trabajo colectivo en promoción de salud.

La historia relatada por sus protagonistas

El grupo Alegría se conformó en el año 2011 por iniciativa de un grupo de profesionales del CeSAC. Según una de sus coordinadoras: “Veíamos que los adultos no tenían un grupo de pertenencia en el CeSAC al que pudieran venir mas allá de la atención en consultorios, nos planteamos trabajar desde la salud con el objetivo principal de la conformación de vínculos entre ellos”.

Los coordinadores actuales relatan que al principio las actividades del taller se relacionaban con la actividad corporal y la estimulación de la memoria. Luego, incorporaron la realización de actividades manuales y de a poco fue tomando cada vez más protagonismo el baile y la música:

“Al principio hacíamos sólo actividad física y nos empezamos a dar cuenta que les encantaba el baile. La mayoría son paraguayos y traen eso de ser alegres y festivos, así que cada martes bailamos la Galopera, el Chamamé, y les encanta. Además, nos ha permitido conocer y compartir un poco más de su cultura”.

En este sentido, los participantes del grupo mencionan que: “Bailar es lo que más nos gusta, así estamos más activos, es una movilización total. Te diviertes, ahí no importa cómo cada uno baila, uno se siente muy bien, acá no hay distinción de nada, el más gordo o el más joven, todos bailamos por igual”.

En cada encuentro se deja un momento final para la realización de múltiples festejos propuestos por los integrantes: cumpleaños, fiestas patrias o tradicionales de cada país, entre otras. En cada oportunidad se bailan diferentes ritmos y se comparten comidas típicas, constituyéndose en un verdadero intercambio cultural.

En el año 2013 se sumaron al equipo dos coordinadores de un programa de la Dirección de Deportes del gobierno local. Según una de las profesionales, allí se ampliaron las actividades del grupo: “La verdad que vimos que les gusta mucho jugar, algunos era como que jugaban por primera vez, por sus historias, porque trabajaron desde chicos. Y a través del juego es una forma de desinhibirse, de abrirse, de compartir desde otro ámbito, también para nosotros”.

Ese año también se incorporaron dos integrantes de la agrupación Puenteclown: equipo interdisciplinario formado en las técnicas del clown con la incorporación de recursos expresivos para intervenir lúdicamente en el ámbito institucional de salud, ejerciendo su labor desde una modalidad artístico-asistencial¹⁸. Desde este lugar, las payasas de Puenteclown acompañan las actividades de cada encuentro, aportando sus recursos artísticos y terapéuticos al grupo, y al equipo de coordinación.

En ese momento, dentro del taller se abrió un espacio de realización de actividades artísticas, integrando diferentes propuestas que involucraran al grupo de forma más activa, como el proceso de creación colectiva del Murgón de la Alegría.

Como lo relatan varios integrantes del grupo, para ellos se trata de un espacio muy significativo como fuente de placer y bienestar:

“Este es un grupo donde uno se siente contento, donde te olvidas todos tus problemas, todos los problemas se pierden. Acá estás con otras personas, donde conversas de todo”.

“Acá me divierto con los compañeros, de todo un poco hacemos y me siento bien”.

“Con carisma, con cariño, con alegría y por más que sea que viniste mal, acá te alegrás y te vas a tu casa despejado”.

Se entiende que esto ha sido posible gracias a los vínculos que se han conformado a partir de la tarea compartida:

“Es muy importante el grupo, es una convivencia que quizás no vivimos en nuestras familias ni en otro lugar, estamos muy juntos y eso me hace sentir bien”.

“A mi me sirve muchísimo, porque en primer lugar compartimos unas cuantas cosas entre nosotros y con todos ustedes, que es la alegría de poder soñar y salir adelante, nosotros acá compartimos todo”.

También el espacio compartido es significado como un espacio de múltiples aprendizajes: “Yo desde que llegué al grupo Alegría me sentí mas libre, es como si fuese mi segunda casa acá, porque yo comparto muchas cosas con la gente, aprendí muchas cosas y pude cambiar muchas cosas”.

Para algunos, la participación en el grupo ha transformado una situación previa de soledad y aislamiento: “Para mí el grupo Alegría es algo que me sacó de lo que yo sentía, yo me sentía mal en la casa, no tenía con quien conversar o a dónde ir, a dónde salir, acá hice muchas amistades, es una cosa que cambió mi vida”.

En este tiempo, los coordinadores han notado cambios significativos en muchos de los participantes: “Notamos cambios tanto físicos concretos, como arreglarse más o pintarse, y muchos cambios positivos en cuanto al carácter y la forma de sociabilizarse”. A lo largo de estos años, las profesionales del CeSAC han descubierto en el Grupo Alegría un importante espacio que las acerca a conocer a la población con la que trabajan desde otra perspectiva:

“Uno en el consultorio atiende a la persona y se limita a la patología en sí, pero en el espacio del taller uno lo conoce desde otra perspectiva, conoce su forma de relacionarse con sus pares, su forma de ser cuando hay una actividad que le genera alegría, tristeza u otra emoción, lo conocés desde otro lugar no relacionado con la enfermedad, eso está muy bueno”.

Dentro del CeSAC, el taller se ha constituido también en importante espacio de capacitación, ya que recibe a rotantes de las residencias de Medicina General y Enfermería. Es además un grupo de referencia para cualquier profesional del centro de salud que atiende a un adulto o adulto mayor, al decir de una profesional: “Es un espacio para derivación de pacientes a veces como parte del tratamiento, como algo terapéutico que ayude a una dolencia física o al motivo por el cual consulte el paciente”.

El proceso creativo del murgón de la alegría

En el CeSAC cada año se realiza una semana de actividades comunitarias llamada La Semana de Las Crianzas. En el año 2013 participó una murga del barrio y el Grupo Alegría fue invitado a acompañarla. Esta participación fue tan estimulante, que los integrantes del grupo quisieron formar su propia murga. Es por eso, que se tomó el desafío de iniciar un proceso creativo que daría como resultado la presentación del Murgón de la Alegría en la siguiente Semana de Las Crianzas.

Se trató de un proceso de creación colectiva que duró aproximadamente tres meses, en los que se destinó gran parte de los encuentros semanales para tomar decisiones colectivamente y organizar la tarea. Se buscaron materiales para la construcción de instrumentos musicales y trajes, se armaron tambores con cueros y se crearon los trajes con telas y material reciclado. Luego comenzaron los ensayos: Se conformó un grupo de músicos y otro de bailarines que crearon una coreografía con la colaboración de una enfermera con conocimientos de murga. Se dedicaron varios ensayos para coordinar la percusión, el baile y el canto. También se decidió colectivamente el recorrido que se realizaría durante la presentación, y la institución que se visitaría: un jardín maternal del barrio. Todo el proceso fue vivido con gran entusiasmo, por lo que nadie quería quedarse afuera. En el día de su presentación la murga saldría desde el CeSAC realizando un recorrido por el barrio hasta llegar al jardín maternal donde se continuaría bailando con los niños. Durante el encuentro anterior a la presentación se realizó un ensayo general, allí los más jóvenes asistieron a los que necesitaban algún sostén para caminar, estos últimos expresaban gran motivación por poder acompañar la actividad. Con gran concentración y esfuerzo puesto en la tarea, fue sorprendente ver esos cuerpos encorvados danzando tan vivazmente. A partir de todo este recorrido vivido colectivamente, el día de la presentación de la murga pudo ser una verdadera fiesta.

Este proceso parece haber dejado grandes marcas en la subjetividad de quienes formaron parte, así lo expresaba un integrante:

“Es la primera vez que participaba, yo nunca había estado y me pareció muy bonito, estar todos juntos y compartir, y divertirse y bailar todos”.

Los relatos recogidos expresan una gran valoración por haber podido participar de un proceso verdaderamente colectivo desde un rol activo:

“Este es un proceso nuestro porque todos compartimos, todos colaboramos, si había lluvia igual veníamos para hacer esto que compartimos e hicimos todo juntos”.

“Es que todo lo hacemos nosotros, desde el instrumento, todo está hecho por nosotros mismos, no comprado”.

En este sentido, el proceso se vivió como una experiencia que aportó múltiples aprendizajes:

“En primer lugar yo aprendí cómo se hace un conjunto, cómo se hace una fiesta, cómo se organiza”.

“Este grupo me enseñó que hay tantas cosas que a veces tenés en tu casa y crees que no te sirven, son cosas que no usábamos antes y ahora usamos”.

“A tocar el ritmo yo aprendí, porque yo no sabía tocar. Me sentí bien, nunca había tocado, yo salí músico (risas)”.

“Ensayando, ensayando salió y fuimos mejorando, tomando confianza...”.

En la evaluación colectiva posterior a la actividad muchos mencionaron haberse sentido muy a gusto y contenidos en el proceso cargado de alegría y compañerismo, como lo decía un integrante: “participando junto a los compañeros, como en familia”.

La vitalidad del proceso ha generado grandes expectativas para el futuro:

“Y el grupo ha crecido, eso es lo que más me gusta, y va a crecer más y más”.

“Ahora que nos conocemos quienes tocamos podemos tocar más y el próximo año va a ser mucho mejor”.

Algunas articulaciones posibles

A partir de este relato podremos extraer las características fundamentales de la experiencia, en articulación con las dimensiones de la APS integral.

La promoción de vínculos afectivos

En primer lugar, los registros y el material de entrevistas confluyen en caracterizar al Grupo Alegría como un espacio de promoción de vínculos afectivos, construidos progresivamente a partir de la realización de actividades creativas conjuntas. El sostenimiento de la trama vincular resultante no sólo involucra a los adultos participantes, sino también a los coordinadores y profesionales del centro de salud. El encuentro semanal es visibilizado por todos también como un espacio de múltiples aprendizajes, motorizados por las tareas conjuntas. Éstas permiten por ejemplo, a los profesionales conocer a la población con la que trabajan desde una perspectiva vincular, abriendo la posibilidad del intercambio cultural.

En cada encuentro se vive la música, el baile y la fiesta como legitimación del reconocimiento de la alegría como un elemento fundamental de la salud integral, la que irrumpe esparciéndose por toda la institución en una comunicación no necesariamente verbal, pero altamente efectiva. Entendemos que esta primer característica es altamente significativa, ya que permite incluir la dimensión vincular y afectiva, y visibilizar su importancia para la promoción de salud integral, la que ha sido históricamente subestimada por el modelo biomédico de atención¹⁹.

Construyendo una red de cuidados integrales

Este dispositivo funciona como espacio de derivación y puerta de entrada a una red de cuidados. A partir de las actividades y el vínculo construido con los adultos participantes, los profesionales pueden detectar diversas problemáticas o situaciones de salud que requieren una atención especial o derivación. Por otro lado y gracias a la articulación intersectorial sostenida en las actividades del grupo, muchos de estos adultos se han incluido en dispositivos existentes en otras instituciones u organizaciones del territorio, propiciando la accesibilidad a una verdadera red de atención y cuidados integrales. Este dispositivo es además un espacio de referencia y formación en APS para residentes y jóvenes profesionales.

El Grupo Alegría se constituye en espacio de promoción integral de derechos. Se entiende que la realización de actividades creativas y lúdicas son parte de la promoción del derecho a una salud integral y una vía de comunicación válida para la educación en salud. Cada encuentro posee gran intensidad, ya que no se limita a una dimensión terapéutica, sino que interviene directamente en el ámbito de la participación activa y construcción del campo social, intercambiando intereses y habilitando nuevos modos de hacer y estar con otros. En este sentido, entendemos la integralidad como la combinación de enfoques conceptuales y estrategias de acción a lo largo de todo el ciclo vital y en los diversos espacios de la vida social, con participación protagónica de la comunidad². En esta experiencia se incorporan recursos creativos a través de prácticas que propician la cooperación, la solidaridad y el respeto entre

pares (incluyendo a los coordinadores y profesionales), en congruencia con los aspectos contenidos en la propuesta del Buen Vivir/Vivir Bien sustentada por la cosmovisión andina, como cuidado integral de la salud²⁰.

La dimensión de cuidados en salud mental

Otro de los ejes de la actividad se relaciona con el abordaje de la soledad, el aislamiento y la pasividad como problemáticas que caracterizan no sólo al padecimiento subjetivo de muchos de estos adultos en su entorno particular, sino que describe el modelo relacional propuesto por la sociedad de consumo en la actualidad. El abordaje vincular y colectivo de esta problemática constituye la dimensión terapéutica de la experiencia, caracterizada por la inclusión de la dimensión subjetiva de los padecimientos psíquicos y la no patologización de la vida cotidiana²¹.

En consecuencia, entendemos que esta experiencia presenta un fuerte componente de cuidados en salud mental integrados en cuidados generales de salud. En el contexto de los procesos de descentralización de la atención en salud mental que tiene lugar actualmente en la Argentina, resulta fundamental el sostenimiento de dispositivos de promoción de salud mental en el ámbito comunitario. En este sentido, la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental²² otorga central importancia a la articulación entre prácticas de salud mental y la estrategia de APS integral en las instituciones del primer nivel de atención. Entendemos que este tipo de dispositivos serían un articulador importante para la implementación de prácticas integrales de salud mental en la comunidad.

Un proceso que ha abierto una ventana a la interculturalidad

En sus comienzos, las actividades del grupo se basaban casi exclusivamente en la estimulación y preservación de capacidades físicas y cognitivas. En la medida en que se conformó el grupo y se comenzó a dar lugar a las propuestas de sus participantes, el taller se ha transformado progresivamente. Este proceso ha permitido que ingrese la dimensión intercultural como elemento esencial de cada encuentro, expresándose en la celebración de fiestas tradicionales de diferentes países, bailes y comidas típicas, relatos de historias y leyendas de orígenes diversos, aprendizaje de palabras en diferentes idiomas, entre otros. Los profesionales han encontrado que el acceso a la dimensión cultural de la población con la que trabajan, les ha permitido conocer aspectos no accesibles en la atención en consultorios, pero relevantes para un abordaje integral de la salud. En este sentido, entendemos que la salud intercultural no se limita a la incorporación de la medicina indígena, sino que se trata del conjunto de acciones que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención en salud²³. La pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico, ya que implica valorar la diversidad del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud/enfermedad/atención-cuidados²⁴. Este aspecto cobra central importancia en contextos de fuerte migración y gran diversidad cultural, como los que caracterizan la experiencia estudiada. El espacio intercultural del taller del Grupo Alegría se da como un diálogo y verdadero intercambio, donde conviven y se relacionan múltiples manifestaciones culturales de manera abierta, horizontal, incluyente y respetuosa.

La inclusión de estrategias creativas como potencia clave

Otro eje fundamental de la experiencia está relacionado con la incorporación de recursos lúdicos, artísticos y creativos en procesos de creación colectiva. Estas actividades trabajan desarrollando la imaginación, la ficción y la creatividad como capacidad fundamental para operar en la transformación de las propias realidades. La inclusión en un proceso de creación colectiva permite a sus integrantes abandonar el lugar de individuos aislados y pasivos, ya que posibilita construir una subjetividad comprometida e implicada, que posee un cuerpo colectivo y está preparada para la acción²⁵. En este proceso se van tejiendo identidades colectivas, lazos de colaboración mutua y capacidades creativas. Se comparten experiencias de resolución de situaciones, donde los actos colectivos y la corporeidad

de la experiencia que trasciende la enunciación, van dejando profundas marcas en la subjetividad. El proceso que comenzó con la adquisición de capacidades artísticas, continuó con la creación de una murga y culminó con su presentación en la comunidad, conlleva la difícil tarea de la generación de consensos, de la toma de decisiones, de la participación y el compromiso. Este tipo de procesos permite que el grupo se afiance en una actitud activa, participativa y propositiva, trasladable luego a otras situaciones de la vida colectiva, con la consecuente producción subjetiva de efectos saludables. En contraposición al modelo biomédico de atención, estas prácticas han permitido horizontalizar vínculos entre profesionales del CeSAC y la comunidad, a través de la creación de conocimientos prácticos compartidos.

Un equipo interdisciplinario en articulación intersectorial

Finalmente, entendemos que la particular conformación interdisciplinaria del equipo ha ocupado un rol central para que este proceso pueda desarrollarse. La experiencia nació en la interacción de múltiples saberes provenientes de profesionales de diferentes disciplinas, con la inclusión de saberes no disciplinares por una promotora de salud. Una articulación intersectorial con la Dirección de Deportes del gobierno local permitió la incorporación de dos docentes de esa área; y la articulación con una organización no gubernamental permitió la inclusión de dos clowns terapéuticos. A partir de ello, se ha complejizado la mirada sobre el proceso grupal, incorporando visiones heterogéneas que han enriquecido las propuestas y flexibilizado aun más el encuadre, con la inclusión de gran cantidad de actividades recreativas, lúdicas y artísticas. El intercambio y la integración de estos saberes a través de las reuniones semanales de planificación conjunta han posibilitado el sostenimiento de esta mirada integral hacia los procesos de salud-enfermedad transitados por el grupo. La apertura a la intersectorialidad también se evidencia en las múltiples articulaciones con otras instituciones del barrio para realizar actividades con el grupo: la articulación con un jardín maternal para la salida de la murga, múltiples actividades realizadas en el Centro Educativo Comunitario, así como en comedores, capillas, etc. En este sentido, se entiende que el abordaje de la salud de forma integral requiere de la articulación entre los diversos actores intervinientes y sectores de la política pública⁶.

Conclusiones y reflexiones finales

Este desarrollo nos permite concluir que la experiencia estudiada puede ser caracterizada como un dispositivo de promoción y educación integral de la salud, centrado en la interdisciplina y la articulación intersectorial como elementos clave de la organización de los cuidados, con la inclusión de la dimensión intercultural y la participación comunitaria como componente central de la construcción social de la salud. Congruentemente con la APS integral y basada en una lógica de derechos, el devenir de esta tarea grupal ha podido pasar del paradigma de la enfermedad al paradigma de la salud, generando un espacio de encuentro y comunicación caracterizado por la creación y sostenimiento de vínculos afectivos, como eje de las actividades relacionadas con los cuidados integrales en salud.

Resulta necesario y urgente dar mayor visibilidad a este tipo de experiencias que trabajan en el entrecruzamiento de diversos ejes complejos de abordaje, con la incorporación de cuidados de salud mental en prácticas generales de salud. La potenciación y multiplicación de este tipo de experiencias resistentes al modelo biomédico de atención se constituye en un desafío complejo, pero estrictamente necesario para una real renovación de la APS en nuestro país y en la región. Este desafío requiere necesariamente el apoyo efectivo de la política pública y la utilización de estrategias creativas para la intervención.

Agradecimientos

Al equipo y participantes del programa de Adultos y Adultos Mayores del CeSAC, con quienes hemos compartido tantos momentos de salud y alegría. Al equipo puentecdown y a las profesionales que han colaborado con la revisión del manuscrito.

Esta investigación pudo realizarse gracias a una beca posdoctoral CONICET otorgada a la primera autora, con sede en el proyecto UBACyT dirigido por la segunda autora en el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Colaboradores

Claudia Bang ha participado de todas las etapas de elaboración de este artículo. Alicia Stolkiner y Marcela Corín han participado de discusiones y revisión del texto.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma-Ata. In: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud; 1978; Alma-Ata, URSS. Alma-Ata; 1978.
2. Feo O. Avanzando hacia la nueva APS: cuidado integral de la salud con la participación de todas y todos. In: Giovanella L, organizadora. Atención Primaria de Salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Isags; 2015. p. 15-22.
3. Bang C. Debates y controversias sobre el concepto de participación comunitaria en Salud: una revisión histórica. Rev Eä-Human Med Est Soc Cienc Tecnol. 2011; 3(2):1-23.
4. Bang C. Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. Psicoperspectivas. 2014; 13(2):109-20.
5. Galende E. Situación actual de la salud mental en Argentina. Rev Salud Probl Debate. 1997; 8(17):10-5.
6. Giovanella L, Vega Romero R, Silva HT, Fidelis de Almeida P, Ríos Ferreira G, Goede H, et al. Atención primaria de salud en Suramérica: ¿reorientación hacia el cuidado integral? In: Giovanella L, organizadora. Atención Primaria de Salud en Suramérica. Rio de Janeiro: Isags; 2015. p. 23-58.
7. Stolkiner A, Solitario R. Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías. In: Maceira D, compilador. Atención Primaria en Salud: enfoques interdisciplinarios. Buenos Aires: Paidós; 2007. p. 121-46.
8. Stolkiner A, Comes Y, Garbus P. Alcances y potencialidades de la Atención Primaria de la Salud en la Argentina. Cienc Saude Colet. 2011; 16(6):2807-16.
9. Menéndez E. Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. Cienc Saude Colet. 2003; 8(1):185-207.
10. Minayo MCS. El desafío del conocimiento: investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
11. Valles M. Técnicas cualitativas de investigación social. Madrid: Síntesis; 2000.
12. Hammersley M, Atkinson P. Etnografía. Barcelona: Paidós; 1994.
13. Minayo MCS. Investigación social: teoría, método y creatividad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
14. Weiss R. Learning from strangers: the art and method of qualitative interview studies. New York: The Free Press; 1994.

15. Geertz C. El antropólogo como autor. Barcelona: Paidós; 1989.
16. American Anthropological Association. Code of ethics of the American Anthropological Association [Internet]. Arlington; 2009. [acceso 2014 Ago 4]. Disponible en: <http://www.aaanet.org/issues/policy-advocacy/upload/AAA-Ethics-Code-2009.pdf>
17. Corín M. Redes y puertas en Salud Mental Comunitaria en un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CESAC n° 24) del sur profundo de la CABA. Vertex. 2013; 24(107):47-54.
18. Romero A, Méndez L, Bianco M, Castro Arata V. Payasos de hospital: lo terapéutico del clown. Buenos Aires: Hormé; 2012.
19. Merhy E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
20. Huanacuni F. Buen vivir/vivir bien? filosofía, políticas, estrategias y experiencias regionales andinas. Lima: CAOI; 2010.
21. Stolkiner AI. Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. In: Lerner H, compilador. Los sufrimientos: 10 psicoanalistas, 10 enfoques. Buenos Aires: Psicolibro; 2013. p. 211-39. (Colección FUNDEP).
22. Ley n° 26.657, del 25 de noviembre de 2010. Ley Nacional de Salud Mental, Buenos Aires. Boletín Oficial. 3 Dic 2010.
23. Fernández Juárez G. Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural. Quito: Abya-Yala; 2006.
24. Alarcón AM, Vidal A, Neira Rozas J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev Med Chile. 2003; 131(9):1061-5.
25. Bang C. Promoting Mental Health and community participation: a study on participatory arts practice, creativity and play in the city of Buenos Aires. Health Cult Soc. 2015; 8(1):58-68.

Como parte de una investigación posdoctoral, el presente trabajo describe y analiza una experiencia de promoción y educación para la salud integral desarrollada por un Centro de Salud y Acción Comunitaria en una zona marginal urbana del sur de la Ciudad de Buenos Aires. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo que utiliza técnicas cualitativas para el trabajo de campo y análisis del material. En articulación con las dimensiones de la APS integral, se describe y analiza un dispositivo vincular, centrado en la interdisciplina y la articulación intersectorial como elementos clave de la organización de los cuidados en salud, con la inclusión de la dimensión intercultural y la participación comunitaria. Se incorporan actividades de promoción de salud integral centradas en el arte, creatividad y juego, constituyéndose en una experiencia resistencial al modelo biomédico de atención, con fuerte impacto subjetivo en los profesionales y la comunidad participante.

Palabras clave: Promoción de Salud. APS Integral. Interculturalidad. Salud Mental. Creatividad.

When joy enters into the health center: an experience of health promotion in Buenos Aires, Argentina

As part of a postdoctoral research, this paper describes and analyzes an experience of promotion and education for comprehensive health, carried out by a Community Health Center in a slum of the City of Buenos Aires. This is an exploratory and descriptive study based on qualitative research methodologies in the fieldwork and also to examine the results. A linkage artifact is described and analyzed in the perspective of the dimensions of comprehensive PHC, focusing on the interdisciplinary and intersectoral articulation as key elements of the organization of health care, with the inclusion of the intercultural dimension and community participation. This experience incorporates health promotion activities focused on art, creativity and games, becoming an experience of resistance to the biomedical model of services, with a strong subjective impact on the professionals and the participant community.

Keywords: Health promotion. Comprehensive PHC. Interculturality. Mental Health. Creativity.

Quando a alegria entra no centro de saúde: uma experiência de promoção da saúde em Buenos Aires, Argentina

Como parte da pesquisa de pós-doutorado, o trabalho descreve e analisa uma experiência de promoção e educação para a saúde integral, desenvolvida por um Centro de Saúde e Ação Comunitária em uma zona marginal urbana do sul da Cidade de Buenos Aires. Trata-se de um estudo exploratório-descriptivo, que utiliza técnicas qualitativas para o trabalho de campo e análise do material. Articulado com as dimensões da APS integral, descreve-se e se analisa um dispositivo vincular, centralizado na interdisciplina e na articulação intersetorial como elementos-chave da organização dos cuidados com a saúde, com a inclusão da dimensão intercultural e a participação comunitária. Incorporam-se atividades de promoção de saúde integral com o foco na arte, na criatividade e no jogo, constituindo uma experiência resistencial ao modelo biomédico de atenção, com forte impacto subjetivo nos profissionais e na comunidade participante.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. APS Integral. Interculturalidade. Saúde Mental. Criatividade.

Submetido em 10/06/15. Aprovado em 24/11/15.

Educação Permanente em Saúde Mental:

relato de experiência

Gabriel Teixeira de Medeiros^(a)
 Fernando Aparecido Figueira do Nascimento^(b)
 Renato Gomes Pavòn^(c)
 Fernando de Almeida Silveira^(d)

Introdução

Este artigo relata a experiência de projeto-piloto de um curso de formação que reuniu usuários, técnicos e gestores da Saúde Mental, na cidade de Santos/SP, Brasil.

Desta maneira, objetivamos considerar seu desenvolvimento teórico-metodológico e as articulações dos conteúdos apresentados perante o processo histórico das Reformas Sanitária e Psiquiátrica e as diretrizes do HumanizaSUS.

Um desafio contínuo para os cursos de formação em Saúde Pública é a sua contribuição para a criação de redes que possibilitem transformações nas ações de gestão e na produção de cuidado, com participação ativa dos diversos atores na construção de estratégias e no controle social das Políticas Públicas de Saúde.

No contexto da Saúde Mental, a construção de redes possíveis, locais ou regionais, segundo Merhy¹, é importante no sentido de impedir a manicomialização de técnicos e usuários inseridos no cotidiano dos serviços construídos para a consolidação da ruptura com a lógica manicomial.

Conforme Soalheiro e Amarante², na Saúde Mental, desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira, vem se ampliando a participação de usuários envolvidos com as questões da política de saúde mental.

Esta participação se estende pela construção de projetos terapêuticos até a formação de associações e coletivos que se fazem representar em fóruns deliberativos da política de saúde mental e no movimento nacional da luta antimanicomial.

Com este novo protagonismo, segundo Amarante³, o louco/doente mental deixa de ser simples objeto de intervenção psiquiátrica para tornar-se agente de transformação da realidade social. Seja no espaço das associações (Franco Rotelli em Santos, por exemplo), projetos (como o Tam-Tam, também em Santos) ou em outros trabalhos culturais, atua-se no surgimento de novas formas de expressão política, ideológica e social que contribuam para a edificação da cidadania.

Conforme Rovere⁴ (p. 170): "esta transformación es compleja y profundamente social ya que incluirse en las luchas por el derecho a la salud requiere condiciones y tempos de maduración".

^(a,c) Psicólogos.
 Santos, SP, Brasil.
 gabriel_tmedeiros@
 yahoo.com;
 rgpavon@gmail.com
^(b) Programa
 Interdisciplinar em
 Ciências da Saúde,
 Universidade Federal
 de São Paulo (Unifesp),
 campus Baixada Santista.
 Santos, SP, Brasil.
 fernandofigueira76@
 hotmail.com
^(d) Departamento de
 Políticas Públicas e Saúde
 Coletiva, Unifesp, campus
 Baixada Santista. Rua
 Silva Jardim, 136, Vila
 Mathias. Santos, SP, Brasil.
 fernandos.unifesp@
 gmail.com

A educação permanente, segundo Ceccim e Feuerweker⁵, além de objetivar a eficácia na descoberta das etiologias, diagnósticos e prognósticos, controle dos sintomas e cuidados, deve também buscar construir condições de atendimento à população que relevam aspectos relacionados à produção de subjetividade.

Assim, o investimento ético-político em processos reflexivos de formação sobre a saúde mental se situa em um contexto de afirmação do direito à cidadania e à tentativa de afastamento das políticas exclusivamente assistencialistas e normalizadoras, as quais tendem a reduzir a questão do sujeito da loucura a processos preponderantemente medicamentosos e disciplinares, com efeitos recorrentemente estigmatizadores e de exclusão social.

Sob esta perspectiva, entre outros aspectos, uma coisa é certa: permanece necessária a desnaturalização de conceitos e práticas – como inclusão, autonomia, oficina, liberdade, cuidado etc. – que releve a historicidade de suas invenções.

Não se trata de se apropriar, reivindicar a loucura como ascensão de uma individualidade livre e poética, ou, sob o olhar da ciência, reduzi-la ao campo das classificações, diagnósticos e terapêuticas. Parece urgente, segundo Pelbart⁶, considerar a loucura que produzimos e, após sua produção, como nos arranjamos com ela. Como disse Foucault⁷ (p. 164): “cada cultura tem a loucura que merece”.

Pois, temos pela frente, segundo Fernandes⁸, o desafio de desvendar as brechas por meio das quais os processos manicomiais continuam a se insinuar nos discursos e práticas que buscam consolidar sua extinção.

É neste cenário que se insere o curso aqui apresentado.

Método

A elaboração teórico-metodológica do curso seguiu as seguintes etapas: adequação dos resultados teóricos do pós-doutorado, aplicados ao contexto da Saúde – Coletiva e Mental de nossa região; elaboração da apostila *Doutor, eu sou normal?* – utilizada para o desenvolvimento do curso; planejamento e elaboração do cronograma de sua aplicação.

Para o desenvolvimento das aulas, utilizamos: recurso audiovisual para apresentação dos conteúdos (slides, pinturas, gravuras, filmes, músicas etc.), técnicas de dinâmica de grupo para o desenvolvimento de algumas temáticas propostas (estigmatização e percepção dos indivíduos, sobre a produção de cuidados, por exemplo), recursos lúdico-pedagógicos (pinturas, colagens etc.) e aulas expositivas.

Os encontros aconteceram em um auditório que se localizava ao lado do equipamento de Saúde Mental, no período vespertino, entre os meses de agosto a setembro de 2013. As aulas foram ministradas pelo coordenador do grupo de pesquisa e por alunos da pós-graduação do Programa Interdisciplinar em Ciências da Saúde da Unifesp campus Baixada Santista.

Participaram do curso: usuários, técnicos e gestores da Saúde Mental. Entre os técnicos estavam: psicólogo(a)s, acompanhante terapêutico, enfermeira, assistente social, terapeuta ocupacional e o coordenador da unidade. Todos os participantes foram devidamente informados sobre os objetivos do projeto-piloto e, após isso, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual autorizava a gravação em áudio e vídeo das aulas. Além das gravações, foram elaborados os diários de campo-aula.

O curso *Doutor, Eu Sou Normal?*, desenvolvido em sete encontros, seguiu os capítulos da respectiva apostila: *Doutor, eu sou doente?*; *Doutor, eu sou louco?*; *Doutor, eu tenho cura?*; *Doutor, eu terei alta?*; *Doutor, para onde eu vou?*; *Doutor, o que eu sou? O que devo ser? O que me tornei?*; e *Doutor, o que eu faço do que fazem de mim?*

Vale mencionar que, para o desenvolvimento e organização deste artigo, optamos por apresentar alguns recortes desses encontros, incluindo os enunciados dos participantes e facilitadores, fazendo-se necessários e de suma importância os diversos temas propostos, que emergiram durante as aulas. Conforme veremos a seguir, cada um deles poderia significar um novo campo de pesquisa.

Momentos, palavras e afetos: os encontros

A primeira aula - Doutor, eu sou doente? – refletiu sobre o conceito e as definições de saúde e doença mental, bem como sobre a relação entre normalidade e anormalidade.

O questionamento sobre o que é ser doente despertou, nos participantes, o interesse em dialogar sobre as psicopatologias e o sofrimento psíquico, em especial, a esquizofrenia; bem como sobre o que é a doença mental, analisando-a, inicialmente, como categoria universal para, em sequência, discorrer sobre a produção histórica da loucura e a construção das classificações e diagnósticos.

Os facilitadores lembraram, conforme escreveu Foucault^{7,9}, que: “a loucura não pode ser encontrada em estado selvagem; a loucura só existe em uma sociedade [...]”⁷ (p. 163); e que as classificações nosológicas e a própria ideia de doença mental surgiram e se modificaram de acordo com mudanças sociais, políticas e de configuração dos mecanismos de poder presentes no projeto de Modernidade, perdurando até os dias atuais.

Contudo, não basta um comportamento desviante para configurar a loucura, o indivíduo, segundo Pelbart⁶, deve conformar-se a um modelo de comportamento louco reconhecido em sua cultura. Sob este prisma, uma das participantes referiu os critérios de classificação das chamadas doenças mentais da seguinte forma: “[...] o CID me falou que eu sou bipolar; - [O CID] é uma pessoa”. Esta autonomia/corporificação de um sistema de classificação torna-o a-histórico, universal e soberano sobre os indivíduos.

A doença mental, o louco, o doente mental, o anormal são marcados, escreveu Machado¹⁰, por uma negatividade. E é nesta negatividade que a loucura é mantida por um conjunto de dispositivos que buscam seu controle. Assim, como um dos participantes proferiu: “a doença mental não tem cura, mas pode ser controlada”, sendo que o tema da medicalização da loucura emergiu neste debate, especificamente na psiquiatria; o entendimento e o suporte técnico atuantes sobre a loucura seriam, conforme Foucault¹¹:

[...] a possibilidade da medicina dominar a doença mental como outra afecção orgânica? O controle farmacológico preciso de todos os sintomas psíquicos? Ou uma definição bastante rigorosa dos desvios do comportamento, para que a sociedade tenha tempo disponível de prever, para cada um deles, o modo de neutralização que lhe convém? (p. 211)

Sob a farmacologia é depositada grande expectativa sobre o controle da doença mental. Mas, afinal, uma questão torna-se importante: qual sujeito é produzido nos aquários mornos das instituições¹¹?

Aliás, a medicalização foi marcante nos encontros, visto que alguns usuários apresentavam-se sob efeito de remédios, o que dificultava enormemente sua participação.

Por sua vez, os técnicos permaneciam entre duas distintas posições: controlar a doença mental, por meio de uma atitude vigilante da conduta dos usuários no transcurso das aulas, evitando que seus comportamentos perturbassem a apresentação dos conteúdos. E, por outro lado, ouvir o sujeito enquanto partícipe atuante da dinâmica, a princípio, interativa e criativa do curso.

*

A segunda aula – Doutor, eu sou louco? – problematizou o fenômeno do internamento desde o século XVII até nossa atualidade.

As temáticas sobre o processo histórico da loucura e as relacionadas ao suplício e a disciplina foram expostas. Os relatos de Moreira¹² e Di-Simoni¹³ colaboraram para apresentar a construção das instituições para o tratamento da loucura no Brasil: “[...] mil vezes pregará o médico, ou o administrador que assim não deve ser e mandará soltar o doente: mil vezes eles no dia seguinte acharão este com o pé preso, e com um libelo de culpa formada [...]”¹³ (p. 149).

Os participantes falaram sobre a experiência vivida em relação ao saber médico. Uma participante expressou: “[...] tenho maior medo da loucura, muito medo e não durmo sem remédio e fico pensando todo momento que vou morrer; [...] não sei o que é loucura porque é isso que tô descobrindo [...]”.

Evidenciou-se a experiência de desconhecimento da loucura enquanto objeto do saber médico, associada a uma perspectiva existencial trágica, por meio da qual loucura e morte se remetem reciprocamente; experiência que demanda uma prática médica e a ela submetida, em um processo no qual o sujeito internaliza um movimento de atrelar a sua história de vida aos saberes do médico, tanto na tentativa de eliminação do sofrimento psíquico, quanto na resolução objetiva de sua angústia pelos dizeres da Medicina e campos psi.

Um participante questionou o saber médico, na medida em que ele não tem experiência pessoal da loucura: “o psiquiatra não sabe o que é loucura, não sabe o que é esquizofrenia”.

Neste contexto, no qual tragédia experiencial e saber medicalizador se interconstituem, um dos participantes expressou sua imobilidade – existencial e terapêutica, ao expressar que “não estou saindo do lugar”.

*

A terceira aula – Doutor, eu tenho cura? – refletiu sobre as produções históricas das terapias, as quais buscavam a cura da loucura e o processo de medicalização dos usuários da saúde mental.

O tema do consumo de medicamentos emergiu da fala dos participantes, dentre elas, um deles manifestou que “remédio demais faz perder a noção do cérebro, a gente tem uma hora para tudo, para rir, brincar, e agora, depois dos 40 anos... Assim, a gente fica tão irrigado igual uma plantinha, levado assim, não tão levado a sério...”.

O tema da medicalização motivou reflexão sobre a tensa relação entre o estabelecimento de diagnósticos, as diferentes terapêuticas e suas relações com a moral; e, novamente, os participantes elencaram comportamentos que associavam a doença mental à imoralidade: “Dizer coisas que chamem a atenção das pessoas na hora errada, no momento errado; destruir patrimônio público; pegar algum produto na loja sem pagar; escandaloso é um assédio, é o marido da mãe dela vir no quarto para querer abusar...”. Outra participante acrescentou que “[...] jogar calcinha para o Wando ou pegar no órgão do homem no momento errado; ruim pensar em fazer coisa de errado com a mãe”.

*

A aula – Doutor, eu terei alta? – tematizou sobre o significado, a caracterização e as utilidades dos manuais da Psiquiatria – dentre eles, o CID e o DSM – e sua relação na constituição discursiva de comportamentos.

Exemplificou, num sentido introdutório, sobre algumas figuras gerais da patologização psicológica, dentre elas: a histérica, o neurótico, o louco. Mais uma vez, a citação da esquizofrenia causou grande interesse.

A apresentação do Código Internacional de Doenças (CID-10) evocou variadas compreensões: “serve para autoconhecimento das pessoas”; “tem efeito burocrático nos equipamentos [de saúde]”; “concentra poder nas mãos dos médicos”. Assim, surgiram os seguintes questionamentos dos participantes: “Nós somos o rótulo? Será que a gente é assim ou a gente está assim? A gente é ser humano!”.

Nesta tensão rotuladora, o debate se direcionou para a questão de que a Psiquiatria e a medicalização, ao criarem rótulos e seus respectivos tratamentos, transformam tudo em problema médico, reduzindo as pessoas aos rótulos e aos referidos medicamentos.

Os facilitadores lembraram que, conforme Resende¹⁴, em diversos momentos de nossa história, a Saúde Pública e a Psiquiatria uniram-se na tarefa comum de: sanear as cidades, remover a imundice e a morrinha, os focos de infecção que eram os cortiços, os focos de desordeiros que eram os sem-trabalho, maltrapilhos a infestar as cidades.

*

A quinta aula – Doutor, para onde vou? – apresentou a história dos manicômios, o Movimento da Luta antimanicomial, e a rede de serviços de saúde mental pela Reforma Psiquiátrica brasileira.

Um vídeo de 1989, sobre a intervenção na Casa de Saúde Anchieta de Santos, mostrou imagens e depoimentos gravados no dia seguinte daquela intervenção, e revelou as desumanas condições dessa instituição. As imagens comoveram os participantes, dentre eles, um egresso do Anchieta, o qual expressou corporalmente uma reação de recebimento de eletrochoques, o qual verbalizou: “[...] aquelas pessoas parecem comigo, mas não são mais como eu”.

Foi tematizada a diferença entre as atuais estratégias terapêuticas na rede de cuidados interdisciplinares dos equipamentos de saúde mental do município e a situação que o vídeo denunciava em 1989.

Foram discutidas as diferenças de uma rede extra-hospitalar, para uma rede hospitalocêntrica. A criação dos serviços substitutivos na cidade de Santos foi lembrada pelos usuários como uma conquista de cuidado à saúde.

Da mesma forma, o processo histórico da reforma psiquiátrica brasileira, influenciado pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia, e os movimentos dos anos 1970 no Brasil, segundo Amarante³, culminaram na greve dos trabalhadores da saúde mental, em 1978/1979, contra as condições desumanas dos manicômios no país.

Outros momentos da Reforma Psiquiátrica emergiram: a formação do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental e a vinda, em 1979, de Basaglia ao Brasil; a realização das Conferências Nacionais de Saúde Mental; a abertura do CAPS em São Paulo, e dos NAPS em Santos; o estabelecimento, em 2001, da Lei 10.216 – Lei Paulo Delgado; a III Conferência Nacional de Saúde Mental.

*

A sexta aula – Doutor, o que sou? O que devo ser? O que me tornei? – apresentou os processos de construção histórica dos sujeitos e dos vários mecanismos de subjetivação da sociedade: escolas, fábricas, prisões, por meio de métodos punitivos e disciplinares.

A produção do sujeito louco não produtivo, em uma sociedade capitalista que extrai forças produtivas dos seus indivíduos, também foi abordada.

A disciplinarização dos indivíduos e a produção do sujeito e de espaços de poder suscitaram questionamentos sobre a construção do sujeito da saúde e o processo de sujeição, de um enquadre dos indivíduos ao saber médico.

O enredamento histórico intensivo de produção dos sujeitos excluídos – drogadictos, presos, loucos – levou o grupo a refletir sobre a responsabilidade das políticas públicas e sociais de inclusão.

*

A sétima aula – Doutor, o que faço do que fazem de mim? – apresenta o tema da rotulação social, permitindo a reflexão dos rótulos sociais impressos nos participantes durante a sua vida.

Um dos participantes relatou seu internamento em hospitais psiquiátricos, e que isto o rotulava; assim como na infância, quando, ao jogar pedra em outro menino, foi muito criticado e rotulado.

A aula se desenvolveu a partir dos relatos dos participantes sobre: o internamento, as crises, os preconceitos, a relação com os equipamentos de saúde, a impossibilidade de trabalhar. Estes temas reinseriram os participantes nos aspectos relacionados à produção de cuidado e saúde, às políticas públicas e à inclusão.

Sendo essa a última aula teórica do curso, foi feita uma avaliação pelos integrantes. Uma participante, técnica do serviço, disse que “[...] acrescentou muito, fiz muita reflexão sobre os termos [...] a experiência foi positiva de juntar os usuários, os estudantes, profissionais e os técnicos dos serviços. Enquanto ser humano não poderia ter sido melhor poder partilhar junto com o meu

paciente". E acrescentou: "No meu pensar profissional, eu acredito que o acolhimento seja uma boa parte do tratamento que você pode disponibilizar para o seu paciente, e aqui eu encontrei. Aqui para poder o paciente se colocar enquanto cidadão, isso é muito raro".

Outro participante relatou que "para mim o paciente é com quem mais eu aprendo". E acrescentou: "No dia que foi citado a barca dos loucos eu fiquei me perguntando quem era o louco, muito do que os pacientes falam também é meu, também eu sinto. Fiz uma dinâmica com meus pacientes com a barquinha".

Um terceiro participante afirmou: "Achei interessante a interação entre paciente e técnico, o que é bom e o que é ruim, acho que foi uma experiência que não vou esquecer jamais".

E outra participante relatou: "É proveitoso, essa troca da gente com vocês... No coração... É assim, foi bom enquanto durou, uma experiência que a gente conseguiu expressar... Vou levar boas lembranças, coisas que poderiam ter acontecido mais".

Discussão

O curso aqui apresentado possuía o caráter de um projeto-piloto e, além dos aspectos teórico-metodológicos – preparação, conteúdos e análise –, desafiava-nos a refletir sobre seus efeitos na tensa relação cotidiana da produção de cuidado nos equipamentos de saúde mental.

Aplicado aos sujeitos da saúde mental (técnicos e usuários), protagonistas do cuidado, em um mesmo espaço existencial, o primeiro aspecto foi favorecer a quebra de preconceitos quanto à construção coletiva das reflexões e das práticas em saúde.

Assim, os encontros proporcionaram a problematização e uma tentativa de reflexão sobre os vários campos que, segundo Amarante¹⁵, constituem o processo de desconstrução do manicômio: ético-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural.

Na medida em que estes campos emergiram nos encontros, a reflexão sobre a desnaturalização de conceitos (por exemplo: doença mental, alienação, cura, normalidade, periculosidade etc.), e práticas em saúde mental (oficinas, medicalização, terapias, aconselhamentos etc.), apresentou-se como possibilidade de considerações sobre a afirmação da cidadania.

Pois, em um mesmo espaço, encontramos diferentes dimensões sobre o sofrimento psíquico: os usuários, os técnicos e os acadêmicos.

A participação dos usuários foi regular. A maioria dos participantes frequentou todo o curso, sendo o último encontro o maior em número de ausências dos usuários. A participação dos usuários junto com os técnicos proporcionava a reflexão sobre as diferentes perspectivas a respeito do sofrimento psíquico e da atenção psicossocial. Assim como os usuários, também foi regular a participação dos técnicos. Vale mencionar que o número de técnicos só foi maior que o número de usuários no último encontro.

No espaço de aula, por diversas vezes, sobretudo nos primeiros encontros, apresentava-se uma demanda para escuta terapêutica; os participantes, especialmente os usuários da saúde mental, relataram diversas vivências e demandaram, dos facilitadores, não só formas de compreensão de seu sofrimento, mas, especialmente, a diminuição de sua angústia.

Consideramos que a presença da universidade, estudantes e professor, releva não somente a demanda pela cura, mas, conforme escreveu Foucault^{7,9,11,16}, a apropriação histórica da loucura e a subjetivação do sujeito pelos saberes científicos. De acordo com o filósofo francês¹⁶: "à vida fora do asilo, o doente vai reconhecer que ele também está em estado de insatisfação, que seu estatuto é um estatuto diminuído, que ele não tem direito a tudo e que, se lhe falta um certo número de coisas, é simplesmente porque ele está doente" (p. 195).

Por outro lado, os técnicos apresentavam questões referentes ao seu cotidiano, demandando respostas possíveis para tais problematizações.

A demanda por um espaço terapêutico/discussão nos fez refletir sobre a dificuldade destes usuários e técnicos quanto ao encontro de espaços adequados para o acolhimento de suas inquietações, angústias e reflexões.

Em certos momentos, com suas evidentes limitações, o curso tornou-se esse espaço. O que nos parece em acordo com a proposta de uma formação que se constrói no cotidiano e a partir das experiências dos sujeitos^{1,5}. A educação permanente tornou-se fundamental para a consolidação do SUS, pois, conforme aponta Tavares¹⁷, a capacitação de profissionais no campo da saúde deve ter, como ponto de partida, as problematizações e ações que emergem no cotidiano dos sujeitos.

No que se refere à participação dos alunos, enquanto facilitadores do curso, torna-se importante a possibilidade de desdobrar seus estudos na transmissão e reflexão sobre o processo de produção de cuidado em saúde com a comunidade. O que consolida um posicionamento ético-político de reflexão sobre a construção do conhecimento e a desnaturalização dos objetos desta mesma construção. Relação fundamental e imprescindível para o avanço das pesquisas, das políticas públicas, e do diálogo entre a universidade e os diversos movimentos que compõem nossa sociedade.

É nesta direção que apontamos que acompanhar os processos de produção de sujeitos, no campo da Saúde Coletiva e Mental, é um desafio, por estar relacionado à demanda de uma reflexão que, se por um lado, se crava sobre as práticas sociais do aqui-agora dos múltiplos sujeitos nos equipamentos; por outro, a ela não se reduz, pois emerge de uma historicidade sobre a qual nossos corpos e almas são elementos-chave do exercício de tais construções históricas.

Considerações finais

Um desafio contínuo para os cursos de formação em saúde coletiva e mental é sua contribuição para a criação de redes que possibilitem transformações nas ações de gestão e cuidado, com participação ativa dos diversos atores na produção de estratégias e no controle social das políticas públicas de Saúde.

Este desafio implica o desenvolvimento de reflexões sobre o campo da saúde, dentre elas, a produção de sentidos construídos nestes espaços voltados para o cuidado dos sujeitos em sofrimento psíquico: qual o limite e as relações de poder inerentes a nossa práxis? O que desejamos construir e superar?

Da mesma forma, perguntamo-nos: as micropolíticas que constituem o campo da saúde destinam-se à manutenção de corpos produtivos em conformidade com a lógica do consumo/produção¹⁸? Um campo de apagamento das subjetividades, conforme escreveu Miller¹⁹, e a idealização do alcance de um (im)possível corpo e alma saudáveis, de uma saúde livre de riscos e de qualquer mal-estar?

Devemos considerar que este projeto-piloto está em movimento e tem se transformado a cada nova elaboração construída. No atual momento, retomamos alguns dos conceitos-chave utilizados inicialmente, reavaliando e construindo novas possibilidades de apresentação e reflexão durante os encontros. Consideramos, ainda, a necessidade de, no futuro, aprofundarmos-nos no que se refere à metodologia utilizada para avaliação do curso.

Assim, por meio de uma ótica que analisa a construção do cuidado a partir do seu entorno social, cultural e histórico, foi possível problematizar, em partes, a atuação, centrada em uma perspectiva individualizante – muitas vezes, culpabilizadora –, para um enfoque que insere a todos, em amplos processos sócio-históricos, produtores de corpos e almas, como, também, da sensibilidade sobre o que seja cuidar e ser cuidado.

Colaboradores

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

Referências

1. Merhy EE. Os Caps e seus trabalhadores: no olho do furacão antimanicomial. Alegria e alívio como dispositivos analisadores. In: Franco TB, Merhy EE. Trabalho produção de cuidado e subjetividade em Saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 213-25.
2. Soalheiro NI, Amarante PD. Reflexões em torno da temática da política e da reforma no campo da psiquiatria, a partir de Michel Foucault e do movimento dos usuários dos serviços de saúde mental. In: Passos ICF, organizadores. Poder, normalização e violência: incursões foucaultianas para a atualidade. Belo Horizonte: Autêntica; 2013. p. 127-40.
3. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
4. Rovere M. Comentários estimulados por la lectura del artículo "Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário". Interface (Botucatu). 2005; 9(16): 161-77.
5. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1400-10.
6. Pelbart PP. Da clausura do fora ao fora da clausura: loucura e desrazão. São Paulo: Iluminuras; 2009.
7. Foucault M. A loucura só existe em uma sociedade. In: Motta MB, organizador. Ditos e escritos: problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. v. 1, p. 162-4.
8. Fernandes MIA. Uma nova ordem: narcisismo expandido e interioridade confiscada. In: Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES, organizadores. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p. 39-46.
9. Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. São Paulo: Perspectiva; 1999.
10. Machado R. Foucault: a ciência e o saber. Rio de Janeiro: Zahar; 2007.
11. Foucault M. A loucura como ausência de obra. In: Motta MB. Ditos e escritos: problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011. v. 1, p. 210-9.
12. Moreira J. Notícias sobre a evolução da assistência a alienados no Brasil (1905). Rev Latino-am Psicopatol Fund. 2011; 14(4): 728-68.
13. De-Simoni LV. Importância e necessidade da criação de um manicômio ou estabelecimento especial para o tratamento dos alienados. Rev Latino-am Psicopatol Fund. 2004; 7(1):142-59.
14. Resende H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tunids AS, Costa NR, organizadores. Cidadania e loucura. Petrópolis: Vozes; 2001. p. 15-65.
15. Amarante P. Manicômio e loucura no final do século e do milênio. In: Fernandes MIA, Scarcelli IR, Costa ES, organizadores. Fim de século: ainda manicômios? São Paulo: IPUSP; 1999. p. 47-53.
16. Foucault M. O poder psiquiátrico. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
17. Tavares CMM. A Educação Permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de Saúde Mental. Texto Contexto Enferm. 2006; 15(2):287-95.
18. Foucault M. Nascimento da biopolítica. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
19. Miller J-A. Perspectivas dos escritos e outros escritos de Lacan. Rio de Janeiro: Zahar; 2011.

Este artigo relata o desenvolvimento do curso-piloto de formação em Saúde Mental, Doutor, eu sou normal? Reuniu usuários, técnicos e gestores do Núcleo de Atenção Psicossocial de Santos I (NAPS I). O projeto objetivava, com as temáticas propostas, analisar sua aplicação teórico-metodológica e refletir sobre o cuidado em Saúde Mental, com os diferentes atores envolvidos. A análise da aplicação indicou importantes problemáticas do campo da saúde mental: o processo de medicalização, a produção da loucura, o apagamento das subjetividades e o controle dos sujeitos. Assim, proporcionou reflexões sobre o protagonismo dos participantes, os processos histórico-sociais relacionados às terapêuticas e saberes sobre o sofrimento psíquico, e, ao mesmo tempo, despertou importantes reflexões sobre a dimensão ético-política do cuidado.

Palavras-chave: Saúde mental. Foucault. Interdisciplinaridade.

Lifelong Education on Mental Health: experience report

This paper describes the development of the Mental Health pilot-course called Doctor, Am I normal?, gathering users, technicians and managers of the Psychosocial Care Center of Santos I (NAPS I). The project aimed to analyze the theoretical and methodological application in order to reflect on the care in mental health with the participation of the different actors involved. The application of the analysis showed important issues pertaining to the field of mental health: the medicalization process, the production of madness, the erasure of subjectivity and the subjects' control. Thus, it provided reflections about the leading roles of the participants, the historical and social processes related to the therapeutics, the lore about psychic suffering and, at the same time, it aroused important reflections about the ethical and political dimension of care.

Keywords: Mental health. Foucault. Interdisciplinarity.

Educación Permanente en Salud Mental: relato de una experiencia

Este artículo relata el desarrollo del curso-piloto de formación en Salud Mental, Doctor, soy normal?, que reunió a los usuarios, técnicos y directivos del Centro de Atención Psicossocial de Santos I (NAPS I). El objetivo del proyecto fue analizar su aplicación teórico-metodológica y reflexionar sobre el cuidado de la salud mental junto a los diferentes actores involucrados. El análisis de la aplicación indicó temas que son de importancia para el campo de la salud mental: el proceso de medicalización, la producción de la locura, la supresión de las subjetividades y el control de los sujetos. Por lo tanto, promovió reflexiones sobre el papel de los participantes, los procesos históricos y sociales relacionados con el tratamiento y el conocimiento sobre el sufrimiento psíquico y, al mismo tiempo, despertó importantes reflexiones sobre la dimensión ética y política del cuidado.

Palabras clave: Salud mental. Foucault. Interdisciplinarietà.

Submetido em 01/04/15. Aprovado em 19/06/15.

Desenvolvimento e implementação de um ambiente virtual de aprendizagem na área da saúde:

uma experiência de pesquisa baseada em design

Miriam Struchiner^(a)

Paula Ramos^(b)

Octavio Domont de Serpa Junior^(c)

Introdução

Pesquisas sobre tecnologias educacionais, em geral, adotam abordagens centradas na comparação entre ensino com uso de diferentes meios e métodos que resultam em poucos achados significativos para as práticas educativas¹. Estas pesquisas não dão conta da complexidade do processo educativo, tão imerso em aspectos sociais dos contextos educativos (organização, cultura institucional, filosofia pedagógica), de conteúdo (problemas no ensino e necessidades de formação), interpessoais (relação professor-aluno, aluno-aluno) e individuais (interesse/motivação, experiência, estilo de aprendizagem, aptidão), entre outros.

A Pesquisa Baseada em Design (PBD) se desenvolveu a partir da crítica à tradição destas pesquisas, em que meios e métodos educacionais são tratados como “fins em si mesmos”, e não como recursos no processo de ensino-aprendizagem^{1,2}. É uma abordagem interdisciplinar, ancorada na natureza aplicada da pesquisa educacional. Assume que fenômenos complexos, tais como aprendizagem, conhecimento e contexto, não são processos isolados³. Investigações baseadas nessas premissas incluem: desenvolvimento de ferramentas tecnológicas, estratégias de aprendizagem e currículos⁴, a partir de parcerias entre pesquisadores e sujeitos do processo educacional. Estas parcerias viabilizam intervenções educativas que incorporam pressupostos teóricos sobre ensino e aprendizagem, e também estão comprometidas com relações entre teorias, artefatos projetados (simbólicos ou materiais) e práticas educativas em contextos naturais de aprendizagem. Trata-se, assim, de uma abordagem crítica de design^{5,6} no desenvolvimento de inovações pedagógicas.

A PBD é um caminho a ser explorado em um campo de estudos que visa desenvolver e analisar como artefatos informacionais e comunicacionais são apropriados por atores do processo educativo a partir dos seguintes princípios: (1) foco em problemas educacionais/prática educativa complexos e relevantes; (2) integração entre teorias educacionais, princípios de design, estratégias e possibilidades tecnológicas; (3) investigação para refinar o ambiente de aprendizagem (intervenção); (4) envolvimento de longo prazo com o objeto de estudo e refinamento metodológico constante; (5) colaboração entre participantes; (6) solução de problemas e construção teórica³.

^(a,b) Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Carlos Chagas Filho, 373, Centro de Ciências da Saúde, Bloco A1, sala 12, Cidade Universitária – Ilha do Fundão. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941.902. miriamstru@gmail.com; paularamos.ufrj@gmail.com

^(c) Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. domserpa@gmail.com

Este artigo apresenta uma experiência de PBD, no contexto da formação em saúde de uma universidade pública brasileira. Pesquisadores de Tecnologia Educacional (PTE) e sua equipe multidisciplinar de design, juntamente com professores da área de Saúde Mental e Psicologia Médica, trabalharam colaborativamente no planejamento, desenvolvimento e implementação de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA) denominado “Vivências: experiências sobre o adoecimento e tratamento”. O AVA Vivências constitui uma ferramenta cuja finalidade é apoiar a construção e implementação de processos de ensino-aprendizagem com base nas narrativas dos pacientes sobre suas experiências de adoecimento e tratamento, e dar suporte aos estudantes no desenvolvimento da “competência narrativa” inerente à prática de atenção à saúde⁷. Com base na análise dessa experiência, foram gerados princípios de design, que constituem contribuições para pesquisas em contextos semelhantes.

Metodologia

Se há consenso de que o contexto é importante no processo de aprendizagem, paradigmas de pesquisa, que tratam elementos de processos educativos como variáveis isoladas em situações de laboratório, acarretam na compreensão limitada de sua importância em contextos naturais. Em outras palavras, a pesquisa educacional isolada da prática não dá conta da influência dos contextos, da natureza complexa dos resultados e da falta de conhecimento sobre os fatores que influenciam estes resultados³.

Barab e Squire⁴ aproximam a PBD da metodologia de avaliação formativa, já que ambas são realizadas em cenários naturais, orientadas pelo processo, iterativas e envolvem a criação de uma intervenção em cenários sociais complexos. No entanto, uma característica que diferencia significativamente essas abordagens diz respeito ao compromisso teórico da PBD.

Assim, a PBD busca não apenas gerar conhecimentos sobre as intervenções, mas construir princípios generalizáveis com base na abordagem teórica que a fundamenta, enquanto as metodologias de avaliação formativa assumem como foco o aprimoramento de um determinado artefato modelado^{4,8}.

Para descrever e analisar a experiência do projeto do AVA Vivências, adotamos o ciclo PBD de quatro fases, proposto por Seeto e Herrington⁹ para projetos de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) na Educação: Fase 1 – análise de problemas práticos por pesquisadores e sujeitos da prática educacional; inclui análise do contexto, motivações e necessidades para o design; Fase 2 – desenvolvimento de solução, com base em modelo teórico; Fase 3 – análise da intervenção em situações práticas reais; Fase 4 – documentação e reflexão para produzir princípios de design (*design principles*)^{10,11}. Essas fases conformam um ciclo dinâmico no qual os problemas, soluções, métodos e princípios são continuamente refinados.

Neste estudo, as principais fontes de informação foram transcrições das reuniões da equipe e materiais de trabalho (desenhos, fluxogramas e anotações das reuniões). É importante destacar que os autores estavam envolvidos na equipe de PBD.

A apresentação do ciclo e suas análises foram construídas por meio de “narrativas de design” (*design narratives*), que valorizam os aspectos contextuais do processo, por meio de descrição detalhada da pesquisa em que são apontados os principais atores, eventos e resultados¹². Esta opção permite comunicar achados de pesquisa para a comunidade acadêmica, de forma que possa contribuir para outros contextos, tornando explícitos os conhecimentos implícitos dos sujeitos envolvidos na pesquisa e oferecendo uma compreensão das questões culturais e da evolução dos acontecimentos ao longo do processo^{13,14}.

Análise do ciclo de PBD do AVA “Vivências”

Fase 1: Definição do problema pedagógico

O projeto se iniciou quando três professores de Psicopatologia e uma de Psicologia Médica da universidade, atuantes em cursos de graduação de Medicina e Psicologia, contactaram a pesquisadora de tecnologia educacional (PTE), com o propósito de construir um banco de vídeos digitais, com narrativas de pacientes sobre suas experiências de adoecimento e de tratamento, para ser utilizado em suas atividades de pesquisa e ensino. A PTE, então, propôs discutir as necessidades pedagógicas para o desenvolvimento deste material, tendo em vista sua visão, alinhada à abordagem da PBD, segundo a qual todo projeto educativo baseado no uso de TIC pressupõe um problema ou uma proposta de mudança qualitativa do processo educativo que o justifique e uma abordagem pedagógica que o sustente^{4,15,16}. Esta primeira ação produziu uma série de reflexões do grupo sobre o modelo tradicional vigente no ensino da clínica, discutido em diversos trabalhos sobre a formação em saúde¹⁷⁻¹⁹. Esse modelo, centrado na transmissão de conteúdo, não considera a subjetividade vivenciada em processos de adoecimento. As experiências dos pacientes são raramente reconhecidas, tanto nos espaços de cuidado, como nos de formação profissional em saúde. Em geral, professores relatam, aos alunos, a situação clínica dos pacientes; os alunos, por sua vez, assumem a posição de ouvintes, fazem anotações e reproduzem, nas avaliações e em futuras práticas profissionais, os pontos de vista dos professores²⁰.

Com base nestas constatações, definiu-se o problema que guiaria o desenvolvimento de uma intervenção educativa baseada na narrativa dos atores envolvidos no processo, formulado da seguinte forma: um desafio relevante a ser enfrentado na formação de profissionais da saúde refere-se à construção teórico-prática de um campo que não descarte a subjetividade, mas, em vez disso, faça desta o seu interesse primeiro. Uma estratégia é proporcionar aos alunos da saúde o contato com a dimensão narrativa das experiências de pacientes sobre o adoecimento e tratamento.

Entretanto, há entraves a serem enfrentados. Os alunos têm uma carga curricular pesada, falta de tempo e de acesso aos serviços de saúde para aprenderem diretamente com as experiências dos pacientes durante sua formação; não apenas os pacientes, mas, também, os estudantes têm pouca voz no processo educativo: os alunos têm poucas oportunidades de explicitar seus pensamentos e necessidades, porque falta diálogo no processo educacional. Por outro lado, as vivências subjetivas dos pacientes não encontram espaço em abordagens tradicionais de ensino centradas na transmissão de conteúdo; as práticas clínicas são pontuais e mediadas pela centralidade do médico-professor, com poucas oportunidades para os alunos interagirem, tomarem decisões e aprenderem com as experiências dos pacientes. Estas questões, identificadas nas dinâmicas do grupo, vão ao encontro de trabalhos críticos à formação tradicional em saúde, que reivindicam espaço reservado à subjetividade^{20,21}.

Como podemos proporcionar, aos alunos, a oportunidade de aprenderem com os pacientes sobre suas doenças? Que modelos, estratégias e meios podem ser desenvolvidos para incorporar as mudanças necessárias no processo educacional do profissional de saúde?

Fase 2: Desenvolvimento de soluções

Definiu-se, assim, que a pesquisa e desenvolvimento de um AVA, que oferecesse espaço e oportunidade para os estudantes, professores e pacientes expressarem-se e interagirem sobre suas vivências de ensino-aprendizagem e sobre os processos saúde-doença, seria uma estratégia para mudanças nas práticas educativas da área da saúde.

Pode-se afirmar que a solução, contemplando o uso de TDIC, já estivesse predefinida de alguma forma: os professores da área médica procuraram os pesquisadores em TE, especializados em TDIC na educação, o que implica um caminho de busca de soluções aos desafios identificados. Além disto, o enfoque de pesquisa e desenvolvimento do grupo de TE é investigar as potencialidades pedagógicas e comunicacionais das TDIC na solução de problemas da prática, e aprofundar o conhecimento sobre cultura, abordagens de conhecimento e contextos educativos ao envolver sujeitos da prática educativa em todo o processo de pesquisa e desenvolvimento de intervenções pedagógicas mediadas pelas TDIC^{3,11,22}.

Tendo identificado e formulado o problema de forma participativa, o próximo passo consistiu em definir a natureza dessa inovação, bem como os aportes teóricos para desenvolver e pesquisar a intervenção.

A definição do quadro teórico

A partir das transcrições de reuniões, foi possível identificar três momentos no processo de definição do quadro teórico que orientou o desenvolvimento, implementação e avaliação da intervenção.

No primeiro momento, houve uma discussão sobre a necessidade de dar maior importância às experiências dos alunos no processo de aprendizagem. Esta preocupação sugeriu uma abordagem construtivista e orientou os PTE a identificarem ideias e palavras-chaves iniciais, para novas pesquisas sobre possíveis abordagens educacionais e princípios orientadores relacionados ao construtivismo, pertinentes à problemática em foco: aprendizagem afetiva, aprendizagem experiencial²³ e aprendizagem situada²⁴ foram selecionadas para discussão com a equipe.

No segundo momento, quando toda a equipe discutiu estas três abordagens de aprendizagem, tornou-se evidente a necessidade de concentrar a experiência de aprendizagem no sujeito da ação, o aluno. Na formação em saúde, esta questão é fundamental: as primeiras vivências dos alunos, em sua maioria jovens – desde o momento em que entram em laboratórios de anatomia e começam a lidar com cadáveres humanos, até os primeiros contatos com os problemas de saúde de pacientes –, envolvem o enfrentamento do sofrimento e da morte, sobre os quais os alunos devem ter a oportunidade de expressar e trocar com seus professores e companheiros.

Houve intensa interação sobre conceitos trazidos pelos professores em relação à clínica em Psicopatologia e Psicanálise – dimensão experiencial e corporificada do sujeito. Já a equipe de TE buscou referenciais sobre aprendizagem transformadora e aprendizagem corporificada²⁵. Revelou-se, portanto, uma convergência epistemológica entre a equipe de TE, com suas concepções de educação, e os professores, com suas concepções de clínica.

O terceiro momento ocorreu quando os PTE dedicaram-se ao estudo destas abordagens para definir princípios para desenvolver o AVA.

A Teoria da Aprendizagem Situada (TSA) tem como princípio a construção do conhecimento por meio da atividade dos alunos em contextos significativos. Compreende a “mente” em ação (*mind-in-action*) e a aprendizagem como um processo indissociável do encontro social, da relação com a vida cotidiana e com os fatos socioculturais, políticos, científicos, tecnológicos e ambientais que nos cercam²⁶. Na TSA, o conhecimento não é compreendido como desinteressado, apolítico e descontextualizado.

Nessa perspectiva, o contexto é elemento estruturante do processo de aprendizagem, já que influencia atitudes, ações e construção do conhecimento pelos alunos^{24,27}. Considera-se que toda aprendizagem é “situada” no contexto e na relação que os alunos assumem com este contexto.

Partindo dos mesmos pressupostos da TSA, a Teoria da Aprendizagem Corporificada (TAC) considera que a construção de conhecimentos e significados envolve aspectos cognitivos, físicos, emocionais e afetivos. Isto é, na aprendizagem, não há separação entre mente, corpo e contexto/ambiente²⁴. As práticas educativas “corporificadas”, geralmente, levam a uma transformação do aluno, contribuindo para uma participação ativa e comprometida com transformações sociais^{25,28}. Segundo

Emig²⁹, na “sala de aula corporificada”, os estudantes são desafiados a reconhecerem a complexidade humana, a conhecerem a si mesmos e a atuarem com senso de comunidade.

Do ponto de vista educacional, a maior contribuição desse projeto, em termos de inovação educacional, “é que a gente sai do problem-based, que é a aprendizagem baseada em problema para a questão do experiential-based. Que o cara vai vivenciar, ele não vai estudar um caso e pegar um caso para distinguir. Ele vai vivenciar o sofrimento afetivo” (fala do PTE).

Definição das características básicas do AVA

Junto com o problema e as definições de enquadramento teórico, foi possível formular objetivos e definir as principais características do AVA. Isto foi alcançado por meio de intensa negociação da equipe. Os principais requisitos do AVA foram definidos: (a) proporcionar, aos alunos, oportunidade de construir conhecimentos corporificados sobre o processo de adoecimento e tratamento dos pacientes, contribuindo para humanização de práticas assistenciais de saúde; (b) contemplar a construção de espaços de expressão individual e coletiva: colegas, pacientes e professores – visando estimular a discussão sobre as experiências subjetivas desses atores; (c) oferecer recursos para os sujeitos envolvidos comporem suas narrativas digitais em diferentes formatos, como voz, vídeo, *blogs*, *email* e fórum de discussão. Isto significa que a equipe de design deveria explorar o potencial de expressão e comunicação do uso de TDIC nas relações entre alunos-pacientes-professores; (d) oferecer facilidades para o professor criar seus cursos, incluir diferentes tipos de informação, gerenciar atividades, recursos de aprendizagem, avaliação e monitorar suas turmas.

Assim, definiu-se que o ambiente comportaria os seguintes elementos: a) três perfis de participação (professor, aluno e paciente), permitindo que os pacientes participassem com um espaço exclusivo, diferente do espaço de aprendizagem; b) recursos de comunicação e colaboração, possibilitando que todos os participantes se comunicassem e interagissem, e c) banco de depoimentos, em que os professores pudessem inserir vídeos com narrativas dos pacientes para utilizarem com alunos.

Definiu-se, também, que a primeira experiência com o uso do AVA, ou seja, a consolidação deste primeiro ciclo da PBD, seria a realização de intervenções em duas turmas da disciplina de Psicopatologia do curso de graduação em Psicologia, que tinha como docente responsável um dos professores da área da saúde (PS1), envolvido na equipe desta pesquisa.

Projetando e desenvolvendo o AVA Vivências

Esta fase do projeto consistiu em ações orientadas a partir dos princípios, objetivos e decisões de nível técnico para a construção do AVA. Nossa abordagem participativa incluiu toda a equipe nesse processo, assumindo papéis e responsabilidades de acordo com as *expertises* do grupo: três professores da área da saúde (PAS), dois pesquisadores em tecnologia educacional e design instrucional (PTE), um web designer, e dois estagiários de programação para WEB, além de estudantes de iniciação científica nestas áreas. O pessoal de tecnologia estava ciente e participava das discussões pedagógicas e conceituais do grupo, para negociar soluções técnicas compatíveis com os objetivos pedagógicos. Esta etapa envolveu várias ações de implementação do AVA, dentre as quais destacam-se: (a) Familiarização com as práticas pedagógicas e levantamento das formas de participação e expectativas do alunos das disciplinas – por meio de observação participante das aulas e realização de reuniões, como grupo de pacientes psiquiátricos, que colaborava na disciplina presencial; (b) Planejamento da estrutura do protótipo, dos elementos visuais, da interface gráfica e de recursos de aprendizagem, e (c) Produção de textos e imagens, programação e testagem do protótipo.

Todas as atividades ocorreram concomitantemente, num processo dinâmico de discussão e modelagem das ideias concebidas e de planejamento para a estruturação baseada no método de desenvolvimento e prototipagem rápida³⁰, para que a equipe pudesse visualizar, experimentar e, se necessário, rever as decisões iniciais. Seguindo a teoria norteadora de “aprendizagem situada corporificada”, a equipe projetou um espaço em que, além de professores e alunos, os pacientes

pu dessem participar e compartilhar suas experiências. Para isso, foram criados perfis diferenciados para professores, alunos e pacientes, com recursos de interação e colaboração entre todos os participantes.

Além disso, os professores apontaram a necessidade de colaboração dos alunos e dos pacientes entre si e, também, com professores, implicando a definição de diferentes recursos para colaboração (sala de reunião, *wiki*, glossário e *blogs*). Este processo de desenvolvimento foi iterativo e intenso, resultando em uma plataforma de implementação de cursos (<http://ltc-ead.nutes.ufrj.br/vivencias>) que, além dos recursos de AVA para apresentação de informação e gerenciamento da aprendizagem, oferece ferramentas que potencializam a interação e colaboração entre participantes, formando diferentes arranjos de comunidades online em um mesmo curso. Esta etapa permitiu, ainda, refinar as definições básicas, bem como analisar métodos de estudo sobre a intervenção com o uso do AVA no contexto da disciplina.

Fase 3: Implementação da intervenção

Neste trabalho, analisamos a primeira experiência com o AVA Vivências em duas disciplinas de Psicopatologia ministradas pelo mesmo professor – membro da equipe de design – envolvendo cento e vinte alunos (sessenta alunos/turma). O planejamento da intervenção baseou-se no programa educacional do professor. O fato de o professor também estar envolvido com o projeto e implementação do AVA, tornou-o mais consciente dos possíveis desafios desta nova abordagem em suas disciplinas.

O professor criou o espaço virtual para cada uma das turmas no AVA e inseriu materiais como sintetizado no Quadro 1.

Quadro 1. Recursos educativos utilizados pelo professor no ambiente Vivências

	Material de apoio às aulas teóricas	Material de apoio às aulas práticas	Recursos de Comunicação
Psicologia Geral	Slides (n=14); Textos (n=3)	Casos (n=7); Exercícios (n=6)	Avisos (n=9); Fórum (n=2)
Psicopatologia Especial	Slides (n=14); Texto (n=1); Link (n=1)	Gráficos (n=2); Exercícios (n=3); Textos dos pacientes (lista de temas para discussão e relatos) (n=7).	Avisos (n=6); Correio (n=2)

Os recursos de comunicação foram utilizados para resolver questões gerenciais (prazos e datas de provas) e técnicas (dificuldades de manuseio do ambiente e envio do exercício). Portanto, o professor não utilizou plenamente o potencial de comunicação, nem os recursos de participação *online* dos pacientes, privilegiando o AVA como repositório de informações. Os alunos também foram usuários moderados do potencial de comunicação do ambiente, basicamente respondendo às demandas do professor.

As reflexões do professor sobre o uso do AVA apontaram quatro principais impedimentos para a adoção plena deste novo modelo de aprendizagem: (1) necessidade de mais tempo para familiarização com o AVA, mesmo tendo participado de todas as etapas de seu desenvolvimento; (2) sobrecarga de trabalho para planejar e incorporar a tecnologia em sua prática pedagógica, sobretudo, na primeira experiência de uso, para além do antecipado por PS1, que compartilhava o consenso de que o uso de TDIC libera o professor de várias tarefas; (3) dificuldades institucionais para trabalhar com imagem e relatos de pacientes, pois o conselho de ética da unidade de saúde em que trabalha não autorizou a coleta de dados junto aos pacientes, e (4) inclusão digital de pacientes, que, em sua maioria, não possuíam computador nem habilidades para seu uso.

A equipe de PBD concluiu que, embora o professor tenha participado intensamente da pesquisa e desenvolvimento, desde suas etapas iniciais, e auxiliado na especificação de todos os recursos necessários para cumprir os objetivos compartilhados do AVA, devem existir vários aspectos a serem considerados, no percurso entre o planejamento de mudanças e de artefatos para apoiar novas abordagens educacionais e sua implementação nas práticas educativas. Estas questões referem-se às condições objetivas e subjetivas do trabalho docente diante do desafio de mudanças na relação entre conhecimento e sujeitos da prática educativa, como ilustrado no *email* enviado pelo PS1 à equipe de TE:

As coisas que você sugere fazer, eu confesso que me sinto sem pernas neste semestre. Para que alguns pacientes fizessem *blog*, participassem de *chat*, eu precisaria dispor não só de equipamento para isso, como de tempo para acompanhá-los inicialmente neste trabalho, porque a quase totalidade [...] não dispõe de computador em casa e não está familiarizado a com o seu uso.

No semestre seguinte, o professor utilizou plenamente o potencial do AVA, envolvendo os pacientes na construção de seus blogs e na interação com os alunos sobre as suas experiências de doença e tratamento. Além disso, outros professores de Psiquiatria Clínica e Psicologia Médica adotaram o AVA em seus cursos. Os PTE continuaram a analisar os diferentes usos e modelos de participação de alunos e pacientes e iniciaram oficinas com os pacientes psiquiátricos para melhorar suas habilidades computacionais. Também foi fornecido um laboratório de informática móvel, com quatro computadores portáteis, possibilitando que os pacientes tivessem acesso à Internet de qualquer lugar da universidade. Isso demonstra que o trabalho com a PBD leva a questão da geração de ferramenta educacional muito além de suas meras características técnicas, integrando aspectos sociais e culturais dos contextos e indivíduos.

Fase 4 - Documentando e refletindo para produzir princípios de design

A análise das narrativas de design nas diferentes fases desta PBD possibilitou identificar lições aprendidas, que podem ser incorporadas como princípios relacionados à pesquisa, desenvolvimento e integração de ambientes de aprendizagem em intervenções educativas, como apresentado a seguir.

Os professores da área da saúde procuraram a equipe de TE com uma questão específica de sua prática, isto é, a necessidade de incluir experiências sobre adoecimento e tratamento dos pacientes nas disciplinas de graduação de profissões da saúde. Tratar do problema, situando-o no escopo do complexo contexto da formação em saúde, contribuiu para a definição da abordagem educacional que nortearia o desenvolvimento do AVA. O **princípio 1** indica que é fundamental, em projetos desta natureza, que a equipe construa uma compreensão profunda do problema educativo local como parte de um contexto global de formação. Situar a problemática em um contexto ampliado contribui tanto para a definição da teoria norteadora, como para as etapas subsequentes do processo da PBD.

Durante o desenvolvimento do Vivências, a equipe investiu na discussão sobre as perspectivas teóricas e epistemológicas relacionadas à educação e à clínica. Logo foi possível identificar convergências epistemológicas entre a concepção de educação da equipe de TE e a de clínica dos professores da saúde. Isto possibilitou que a definição das teorias norteadoras (aprendizagem situada e corporificada) integrasse as múltiplas facetas do processo da formação em saúde. Define-se, assim, o **princípio 2**: estimular o compartilhamento de concepções teóricas e epistemológicas entre sujeitos de diferentes áreas permite avançar na busca tanto de uma base comum para o trabalho em equipe multidisciplinar, quanto na busca de uma teoria norteadora compatível com valores inerentes às práticas de trabalho dos membros da equipe.

Na etapa de desenvolvimento do AVA, houve participação intensa da equipe (pesquisadores de TE, *webdesigner*, programadores e professores) na tomada de decisões em relação às características do AVA. Isto exigiu que pessoas com conhecimentos bastante diferentes conseguissem chegar a consensos e construir uma projeção conjunta dos atributos e funcionamento do AVA: a cada reunião, a *webdesigner* concretizava as ideias discutidas por meio de mapas de navegação – em que

esquemmatizava a organização e os recursos do ambiente – e de *layouts* com propostas de apresentação visual do AVA.

Esse método de trabalho facilitou a concretização das ideias e sugestões acordadas, bem como a comunicação e participação de toda a equipe independentemente do perfil profissional. O **princípio 3** indica que o Método de Prototipagem Rápida³⁰ para o planejamento do AVA constitui uma ferramenta que facilita a comunicação da equipe multidisciplinar, concretizando ideias e ampliando a participação homogênea de toda a equipe.

Assim como aponta a literatura³¹, em nossa análise, observamos que, mesmo tendo participado em todas as etapas da PBD, a apropriação das TIC pelo professor foi um processo gradual, que avançou na medida em que se familiarizou com o próprio uso. Essa primeira experiência constituiu uma oportunidade para que o professor se sentisse seguro para ampliar o uso do AVA em experiências posteriores. Assim, o **princípio 4** aponta para o fato de que, para integrar o uso de TIC em práticas educativas, é necessário planejar uma etapa de familiarização com o uso específico de seus recursos, em que, por um lado, o professor se familiariza com o AVA e suas características e, por outro, reflete e constrói novos conhecimentos sobre suas práticas.

Mesmo já tendo discutido e até minimizado a importância de algumas possíveis limitações práticas nas etapas iniciais do projeto, na medida em que o professor começou a planejar a intervenção, esses desafios foram se revelando cada vez mais palpáveis e ele se conscientizou da dificuldade para superá-los. O **princípio 5** indica que é fundamental oferecer flexibilidade para que os professores revejam seus planos no momento da intervenção, uma vez que há um ajuste entre aquilo que ele compreende como ideal (na etapa de planejamento/desenvolvimento) e o que é possível concretizar no contexto natural de aprendizagem. Não é possível antecipar todos os desafios que serão vivenciados durante a intervenção pedagógica.

Considerações finais

Neste trabalho, apresentamos o primeiro ciclo de design do Ambiente Vivências por meio de “narrativas de design”. Além do refinamento da intervenção em ciclos posteriores de ação-reflexão, o trabalho com a abordagem PBD permite traçar alguns apontamentos sobre o próprio processo de pesquisa e desenvolvimento de intervenções em contextos reais de ensino. Em relação a isso, o acompanhamento e análise desse ciclo de design do AVA possibilitou identificar: (1) o caráter interativo da pesquisa, uma vez que a parceria entre os professores e a equipe de TE permitiu a soma de diferentes *expertises* para o desenvolvimento de um ambiente que integrasse o potencial de comunicação e autoria das TICs às necessidades e contextos dos professores; (2) o caráter flexível, na medida em que, por ser uma atividade de longo prazo, é natural que mudanças ocorram no contexto de pesquisa e interfiram de maneira decisiva no planejamento inicial, exigindo da equipe assumir a flexibilidade necessária para realizar pesquisas que incorporam o contexto; (3) o caráter iterativo, sendo possível perceber um movimento cíclico em que cada ciclo possibilita aprendizagens que levam a aprimoramentos futuros e, assim, em forma de espiral de produção de conhecimento e implementação na prática sucessivamente.

Em síntese, partindo dos pressupostos da PBD, foi possível, com a análise realizada, salientar as particularidades do processo de desenvolvimento, e apontar as oportunidades e desafios de desenvolver um trabalho com base nessa perspectiva. Vale ressaltar que, embora os achados de pesquisa sejam localizados em um contexto específico, apontam princípios e contribuições para pesquisas em contextos semelhantes.

Agradecimento

Apoio CNPq e Faperj.

Colaboradores

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

Referências

1. Amiel T, Reeves TC. Design-based research and educational technology: rethinking technology and the research agenda. *Educ Techno Soc.* 2008; 11(4):29-40.
2. Struchiner M. *Apreciação analítica de ambientes construtivistas de aprendizagem baseados em novas tecnologias de informação e de comunicação para a educação na Área das Ciências da Saúde.* Rio de Janeiro; 2006 (Projeto submetido ao CNPq).
3. Design-Based Research Collective (DBRC). Design-based research: an emerging paradigm for educational inquiry. *Educ Res.* 2003; 32(1):5-8.
4. Barab S, Squire K. Design-based research: putting a stake in the ground. *J Learn Sci.* 2004; 13(1):1-14.
5. Barab SA, Sadler TD, Heiselt C, Hickey D, Zuiker S. Relating narrative, inquiry, and inscriptions: supporting consequential play. *J Sci Educ Technol.* 2007; 16(1):59-81.
6. Young PA. Integrating culture in the design of ICTs. *Br J Educ Technol.* 2008; 39(1):6-17.
7. Hunter KM, Charon R, Coulehan JL. The study of literature in medical education. *Acad Med.* 1995; 70(9):787-94.
8. Reigeluth CM, Frick TW. Formative research: a methodology for creating and improving design theories. In: Reigeluth CM, editor. *Instruational-design theories and models: a new paradigm of instructional theory.* New Jersey: LEA; 1999. p. 633-53.
9. Seeto D, Herrington J. Design-based research and the learning designer [Internet]. In: *Proceedings of 23^o Ascilite Conference; 2006; Sydney; Austrália.* Sydney: University of Sydney; 2006. p. 741-5 [acesso 2014 Jun 20]. Disponível em: http://www.ascilite.org.au/conferences/sydney06/proceeding/pdf_papers/p177.pdf
10. Collins A, Joseph D, Bielaczyc K. Design research: theoretical and methodological issues. *J Learn Sci.* 2004; 13(1):15-42.
11. Van den Akker J. Principles and methods of development research. In: Van den Akker J, Branch RM, Gustafson K, Nieveen N, Plomp T, editors. *Design approaches and tools in education and training.* Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1999. p. 1-14.
12. Bell P. On the theoretical breadth of design-based research in education. *Educ Psychol.* 2004; 39(4):243-53.
13. Barab S, Thomas M, Dodge T, Carteaux R, Tuzun H. Making learning fun: Quest Atlantis, a game without guns. *Educ Techol Res Dev.* 2005; 53(1):86-107.
14. Yuxin MA, Harmon SW. A case study of design-based research for creating a vision prototype of a technology-based innovative learning environment. *J Interact Learn Res.* 2009; 20(1):75-93.
15. Wang F, Hannafin MJ. Design-based research and technology-enhanced learning environments. *Educ Techol Res Dev.* 2005; 53(4):5-23.

16. Reeves TC. Design research from a technology perspective. *Educ Design Res.* 2006; 1(3):52-66.
17. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(5):1400-10.
18. 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.
19. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. *Cienc Saude Colet.* 2008; 1(1):9-23.
20. Serpa Junior OD, Leal EM, Louzada RDCR, Silva Filho JF. A inclusão da subjetividade no ensino da Psicopatologia. *Interface (Botucatu).* 2007; 11(22):207-22.
21. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Junior KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Cienc Saude Colet.* 2006; 11(4):1093-113.
22. Disessa AA, Cobb P. Ontological innovations and the role of theory in design experiments. *J Learn Sci.* 2004; 13(1):77-103.
23. Kolb DA, Boyatzis RE, Mainemelis C. Experiential learning theory: previous research and new directions. *Perspect Think Learn Cogn Styles.* 2001; 1:227-47.
24. Billet S. Situated learning: a workplace experience. *Aust J Adult Community Educ.* 1994; 34(2):112-30.
25. Chapman VL. Adult education and the body: changing performances of teaching and learning. In: *Proceedings of the 39th Adult Education Research Conference; 1998; Edmonton, Canadá.* Edmonton: University of Alberta; 1998. p. 97-102 [acesso 2015 Jan 20]. Disponível em: <http://www.adulterc.org/Proceedings/1998/98chapman.htm>
26. Fox S. Situated learning theory versus traditional cognitive learning theory: why management education should not ignore management learning. *Syst Pract.* 1997; 10(6):727-47.
27. Therrien J, Loiola FA. Experiência e competência no ensino: pistas de reflexões sobre a natureza do saber-ensinar na perspectiva da ergonomia do trabalho docente. *Educ Soc.* 2001; 22(74):143-60.
28. Barlas C. Learning-within-relationship as context and process in adult education. In: *Proceedings of 42th Adult Education Research Conference; 2001; Michigan, USA.* Michigan: Michigan State University; 2001. p. 1-8 [acesso 2014 Jun 20]. Disponível em: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED476040.pdf>
29. Emig J. Embodied learning. *Eng Educ.* 2001; 33(4):271-80.
30. Knowlton D. Rapid prototyping as method for developing instructional strategies for supporting computer-mediated communication among university students. *J Scholarship Teach Learn.* 2012; 6(1):75-87.
31. West RE, Waddoups G, Graham CR. Understanding the experiences of instructors as they adopt a course management system. *Educ Techol Res Dev.* 2007; 55(1):1-26.

O estudo apresenta uma experiência de Pesquisa Baseada em Design (PBD) no contexto de duas disciplinas de graduação de Psicologia em uma universidade pública. Pesquisadores em Tecnologia Educacional e sua equipe, professores de Psicologia Médica e Psicopatologia trabalharam colaborativamente no planejamento, desenvolvimento e implementação de um ambiente virtual de aprendizagem (AVA), com a finalidade de apoiar o ensino-aprendizagem na área da saúde cujas abordagens se baseiem na narrativa dos pacientes sobre suas experiências de adoecimento e tratamento. Analisamos todas as etapas da PBD: definição do problema e da teoria norteadora, bem como a intervenção em contexto real de aprendizagem. A partir da análise das fases da PBD, foi possível gerar cinco princípios de design, que, embora tenham nascido de um contexto específico, apontam contribuições para pesquisas em contextos semelhantes.

Palavras-chave: Pesquisa baseada em design. Ambiente virtual de Aprendizagem. Narrativa sobre adoecimento e tratamento. Ensino na área da Saúde.

Development and implementation of a virtual learning environment in health education: a design-based research experience

This study presents a Design-Based Research (DBR) experience in the context of two Psychology courses at a public University. Educational Technology researchers and their team along with Psychopathology professors worked collaboratively in the planning, development, and implementation of a virtual learning environment (VLE) aimed at supporting teaching-learning based on patients' narratives about illness and treatment experiences. We analyzed all phases: definition of the problem and theoretical principles, and the intervention in real classrooms. Based on the analyses of the four DBR stages, it was possible to generate five design principles. Although these principles are anchored on the experiences of a specific group, they may contribute for future research.

Keywords: Design-based research. Virtual learning environment. Narrative about illness and treatment. Teaching in health.

Desarrollo y aplicación de un entorno de aprendizaje virtual: una experiencia de investigación basada en diseño

El actual estudio presenta una experiencia de Investigación Basada en Diseño (IBD) en el contexto de asignaturas de grado en Psicología de una universidad pública. Investigadores en Tecnología Educativa, profesores de Psicología Médica y Psicopatología trabajaron de manera colaborativa en la planificación, desarrollo e implementación de un entorno de aprendizaje virtual (EAV) con la finalidad de apoyar la enseñanza y el aprendizaje en el área de la salud a partir de enfoques basados en la narrativa de los pacientes sobre sus experiencias de enfermedad y tratamiento. Se analizaron todas las etapas de la IBD: la definición del problema, la teoría orientadora y la intervención en el contexto real de aprendizaje. Desde el análisis de las fases de la IBD, se generaron cinco principios de diseño, que aunque se refieran a un contexto específico, indican contribuciones para investigaciones en contextos similares.

Palabras clave: Investigación Basada en Diseño. Entorno de aprendizaje virtual. Narrativa sobre enfermedad y tratamiento. Enseñanza en salud.

Submetido em 23/09/15. Aprovado em 26/10/15.

Clínica Médica, Saúde Pública e subjetividade:

conversas com David Armstrong

Clinical Medicine, Public Health and subjectivity: conversations with David Armstrong

Medicina Clínica, Salud Pública y subjetividad: conversaciones con David Armstrong



Sergio Resende Carvalho^(a)

Este texto busca sintetizar, em forma de uma 'entrevista', diversas conversações que tive com o prof. Armstrong durante minha estadia em Londres nos anos de 2014/2015, na condição de pesquisador visitante junto ao King's College de Londres^(b).

Enquanto professor de Saúde Coletiva, após ampla revisão da produção teórica de Armstrong, busquei explorar algumas questões que me parecem de especial interesse para os debates acadêmicos e intervenções junto ao Sistema Único de Saúde no Brasil. Medicina – como uma invenção e um importante mecanismo de saber e prática que fabrica a 'doença', o corpo-sujeito – a função da clínica, rede de atenção e cuidados, risco e Saúde Pública são alguns dos temas sobre os quais aqui buscamos refletir.

Parece-nos que, em suas investigações, Armstrong logra contribuir para avançar um dos objetivos centrais às investigações de Michel Foucault nas quais o filósofo busca 'criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, o ser humano se produz (e é fabricado) como sujeito'. Ao refletir, em seus estudos genealógicos, sobre o papel do discurso na constituição do sujeito, a discontinuidade e rupturas do pensamento e o papel significativo do acaso e da contigência na produção do 'real', parece-nos que Armstrong dá seguimento a uma tradição que tem como objetivo, mais do que entender o presente por meio da análise do passado, perturbar nossas autoevidências do presente. Um tipo de pesquisa que indica, para nós, a instabilidade que é inerente ao nosso presente e nos convida a imaginar e fazer possível 'um outro mundo'¹.

Cientes da complexidade das questões aqui tratadas, procuramos sugerir, ao leitor, textos (vide referências) que o permitam uma apreciação mais profunda dos temas que aqui discutimos.

^(b) Estágio de pós-doutorado financiado e apoiado pela Capes - Ciências Sem Fronteira.

^(a) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. 13083-887. sresende@fcm.unicamp.br

David Armstrong

David Armstrong é professor Departamento de Atenção Primária & de Ciências da Saúde Pública do King's College de Londres. Ele é o autor do clássico "Anatomia Política do corpo: o conhecimento médico na Grã-Bretanha no século XX (1983)" e de inúmeros outros artigos, capítulos e livros abordando distintas temáticas do campo da saúde^(c).

Nestes textos, o autor descreve e discute mudanças nos diagramas de poder/ produção de verdade e subjetividade ao longo do século XX, refletindo os efeitos dos mesmos sobre a natureza do corpo/indivíduo, sobre os saberes e práticas (médica, enfermagem, profissionais psi, etc.). Merece atenção, entre outros, a emergência de um novo e importante modelo médico – a Medicina da Vigilância (Surveillance Medicine) – que influencia e questiona outras formulações – medicina hospitalar/patológica e outros – e os sentidos da prática clínica no Reino Unido.

(c) Vide: <https://kcl.academia.edu/DavidArmstrong>

Anatomia política do Corpo

Qual o significado para você da 'Anatomia política do Corpo', título e um dos temas principais de um importante livro² que você publicou em 1983?

Este título teve como inspiração o livro de Foucault 'Vigiar e Punir: o nascimento da prisão'³, na qual ele faz referência a uma nova anatomia política (do corpo) que foi forjada por meio de "uma nova máquina de poder que o explorou, dividiu e o rearranjou". Eu presumo que ele adaptou o termo do "Economia Política": ele observa que "os dois processos – a acumulação dos homens e a acumulação de capital – não podem ser separados".

Você pode comentar uma afirmação central, em seu livro², de que o corpo que surgiu no final do século 18 – discreto, objetivo, passivo, analisável – era, como argumentava Foucault, o efeito bem como o objeto da investigação médica?

Sim, meu livro sobre anatomia política era uma nota de rodapé do 'Vigiar e Punir'³. Mas, enquanto Foucault se concentrou no final do século 18, eu queria observar quanto estes "mecanismos de poder" haviam mudado no século vinte, e os efeitos que eles tiveram sobre a natureza do corpo e do indivíduo.

O que você quer dizer com o argumento de que o que o estudante de medicina vê não é o atlas como uma representação do corpo, mas o corpo como uma representação do atlas?

Eu coloquei este argumento no início de meu livro uma vez que eu queria colocar em questão o pressuposto de que o corpo é algo "real" e que o atlas anatômico seria apenas uma descrição desta realidade; mas é somente por meio do atlas que podemos ver o corpo (na forma que ele descreve). Da mesma forma, eu não sou capaz de ver os "meridianos" do acupunturista, mas, se eu tivesse um atlas equivalente, acredito que eles seriam visíveis para mim.

Você concorda que esta noção radical de um corpo e um sujeito fabricados por mecanismos de poder confronta e questiona a sociologia médica tradicional que considera que o corpo humano é um ponto de partida para uma ciência biopsicossocial sobre a saúde e a doença? Você pode comentar esta afirmação discutindo a diferença entre aquilo que você denomina de um programa fraco e um programa forte do construtivismo social na sociologia⁴? Você pode exemplificar isso comparando a perspectiva liberal e marxista com a foucaultiana?

Eu concordo que a sociologia médica assume que o corpo existe como um objeto biológico e que políticas progressistas insistem em utilizar uma abordagem biopsicossocial sobre a doença. Eu tenho trabalhado, no entanto, a partir de uma premissa diferente. De muitas maneiras, o problema fundamental é a biologia (uma ciência que tem, aproximadamente, duzentos anos de idade); como Foucault observa no 'Nascimento da Clínica', a medicina patológica, que é uma visão biológica do corpo humano e da doença, não é nem a primeira nem a última maneira de significar a enfermidade. Ocorreu um debate, na sociologia da ciência, há muitos anos, que fez uma distinção entre um programa fraco e um forte. Este último faz menção ao fato de que se é totalmente agnóstico sobre a possibilidade de que qualquer ciência se reivindique como uma verdade; enquanto o anterior apenas aceitaria que a verdade científica, algumas vezes, pode ser distorcida, mas que, em geral, constitui um bom reflexo da "realidade". Eu aplicaria o mesmo tipo de distinção para o construtivismo social. Há alguns sociólogos que argumentam que algumas doenças, tais como doenças mentais, são socialmente construídas, enquanto outras doenças, 'mais biológicas', tais como câncer ou doença cardíaca, são, de alguma forma, mais reais. Minha posição é a de que todas as doenças são construídas, mas que aquelas doenças, em especial as que se apresentam como "biológicas", que ocultam a sua natureza construída, são, em muitos aspectos, as mais interessantes de se investigar, uma vez que a maneira com que esta ocultação ocorre é intrigante.

O movimento liberal progressista na sociologia médica busca promover uma medicina mais humanista, mantendo-se, porém, sob os constrangimentos do arcabouço biológico. Como indicado acima, eu tenho problemas com essa perspectiva. A análise marxista também assume alguns pressupostos sobre a natureza do homem (afinal, ele pode estar alienado de si mesmo) e, apesar da existência de alguns estudiosos marxistas que têm como foco a ideologia, ainda não me deparei com alguém que assuma o posicionamento de que a biologia seja um parte da superestrutura. Minha leitura de Foucault é que ele iria apoiar a minha posição se estivesse vivo!

Como você analisaria os projetos que buscam expandir o modelo biomédico buscando incluir, como Engel argumenta, o psicossocial para construir o modelo biopsicossocial de saúde e doença⁵?

O modelo biopsicossocial da medicina pode ser analisado em três maneiras. Primeiro, é uma forma mais humana e progressista de lidar com pacientes; segundo, ele representa uma tentativa sutil, por parte da poderosa profissão médica, de estender sua jurisdição no domínio biológico e, indo além, no psicossocial; ou, terceiro, representa outro mecanismo do poder disciplinar por meio do qual pacientes (e médicos) são constituídos em suas identidades biopsicossociais.

À semelhança do que você reflete no texto '*The disappearance of the sick man from medical cosmology*'⁶, muitos de nós, no Brasil, trabalhamos com a ideia de que "o advento do hospital e o papel dominante dos médicos" e a "emergência de uma medicina baseada em lesões patológicas"⁷, constitui um dos fundamentos do processo de alienação e objetivação do paciente. Essa compreensão tem estimulado uma rica produção que busca contribuir para a emancipação e empoderamento dos pacientes.

O que você acha sobre esse projeto teórico e político se pensarmos, como você, a partir de Foucault, que "não haveria nenhuma individualidade, a autonomia ou um corpo independente antes do advento do hospital e de suas técnicas clínicas (e de procedimentos associados encontrados em prisões, escolas, oficinas, e quartéis)"⁴?

Eu não encontro nenhuma evidência deste paciente mítico, liberado, não alienado e não objetivado antes da emergência da medicina patológica no final do século 18. A razão é simples: não existe tal

paciente; na verdade, este paciente foi, na realidade, construído em vez de ter sido reprimido por esta nova abordagem sobre a enfermidade. Mas, é claro, se acreditamos que temos uma identidade humanista o paciente não pode ser “inventado”, quase por definição, então, um passado mítico, em que estávamos livres, é criado. Um argumento similar se aplica ao conceito marxista de alienação, que precisa de uma Idade de Ouro em algum momento do passado, quando o homem não era alienado. Não tenho nenhum problema com um programa que pretenda liberar e capacitar os pacientes, eu apenas procuro questionar suas justificativas teóricas e assinalar, seguindo Foucault, que nunca podemos nos libertar do poder.

Medicina da Vigilância

No resumo do artigo ‘Surveillance Medicine’ de 1995⁸, você afirma que:

Apesar do evidente triunfo de uma teoria e prática médica baseada no hospital, pode ser identificada no século XX a emergência de uma nova medicina, que tem como fundamentos a vigilância das populações normais. Esta nova “Medicina da Vigilância” envolve um remapeamento fundamental dos espaços da enfermidade. Isso inclui a problematização da normalidade, a redefinição da relação entre sintoma, sinal e enfermidade, e a localização da enfermidade fora do espaço corporal do corpo. Argumenta-se que esta nova medicina tem implicações importantes para a constituição da identidade no final do século XX. (p. 393)

Eu gostaria de discutir alguns aspectos de seus resultados de pesquisa. Em primeiro lugar, pode detalhar o que você denomina de remapeamento do espaço e do tempo da enfermidade e as mudanças de significados da normalidade e enfermidade^{2,8-10}?

Como Foucault descreveu no ‘Nascimento da Clínica’¹¹, durante o final do século 18 e o início 19, os médicos começaram a examinar o corpo físico do paciente para que eles pudessem identificar as lesões patológicas dentro desse espaço corporal. Mas, no século vinte, aquele olhar médico passou a buscar examinar espaços exteriores e no entorno do corpo físico do paciente. Isto inclui os espaços psicológicos e sociais que fazem parte do mundo dos pacientes. Eu também observei que esses novos espaços parecem ter uma dimensão temporal, no momento que ocorre uma nova ênfase na linha do tempo da doença (tal como na doença crônica ou no screening da doença). A investigação desses novos espaços da enfermidade significava que já não havia ‘pacientes enfermos’, que tiveram uma lesão patológica, mas pacientes que estavam em constante risco de se enfermarem: o que era normal em relação à enfermidade sofre uma transformação a partir deste momento.

Quais são as implicações da nova ‘Medicina da Vigilância’^{2,8} para a constituição da identidade e do corpo?

Na Medicina da Vigilância, já não é apenas o corpo que é examinado, mas toda a vida (estilo de vida) do paciente, que está constantemente em risco de perigos visíveis e invisíveis. Assim como a vigilância dos corpos no *panopticon* estabeleceu o corpo anatômico do prisioneiro, a vigilância de todos (em uma tentativa de gerir o risco) produz uma identidade reflexiva, na qual a única resposta é uma contínua autovigilância.

Pode comentar para nós sobre a invenção de novos problemas médicos e de novas especializações médicas no modelo de Vigilância da Medicina?

A Medicina da Vigilância produz toda uma série de novos problemas médicos, que têm como característica comum a necessidade de que os mesmos sejam submetidos à vigilância. Os principais exemplos seriam: a maneira com que as neuroses (ansiedade e depressão) substituíram a insanidade como o principal problema de saúde mental, e a invenção da enfermidade crônica durante o século vinte; ambas as “invenções” justificaram, então, uma maior vigilância.

Em sua discussão sobre o dispensário^{2,8} – o antigo ‘Centro de Saúde Comunitário’(?) –, você sustenta que ele é, por um lado, uma extensão da visão panóptica para toda a sociedade; e, por outro lado, tem em relação a este uma diferença fundamental por negar os rituais de separação e exclusão que caracterizam o poder panóptico. Você pode explicar para nós esta ideia e discutir como ela se aplica ao Sistema Nacional de Saúde (NHS) do Reino Unido, hoje?

O Dispensário foi um dos primeiros exemplos que eu pude encontrar de uma prestação de cuidados de saúde que olhava antes para fora do que para dentro. O hospital, como uma estrutura panóptica, tinha admitido, examinado e tratado essas pessoas (pacientes) que tinham uma lesão patológica. Durante o início do século vinte, esta perspectiva panóptica começou a olhar para o exterior, para o que hoje chamaríamos a comunidade. Então, enquanto o hospital tinha separado e excluído os pacientes problemáticos, os novos serviços de saúde que tinham como foco a comunidade não diferenciavam os saudáveis e os enfermos, e ofereciam serviços para todos; na realidade, o poder panóptico se distribuiu para toda a sociedade. Uma manifestação central desta mirada (*gaze*) para o exterior hoje constitui a difusão dos serviços integrais de cuidados de saúde que, em grande parte, tem a ver com o monitoramento do risco e a vigilância de toda a população.

Em seus escritos, você relaciona a ‘invenção’ da neurose com o desenvolvimento da ‘Medicina da Vigilância’ e, também, com a prática dos médicos generalistas^{2,12}. Pode comentar sobre isto e sobre a maneira com que os médicos generalistas têm lidado com a neurose em sua prática clínica?

No século 19, apenas uma pequena proporção de pacientes era diagnosticada como sendo insana e encarcerada em um hospício. No século vinte, com a extensão do olhar médico/panóptico para a comunidade, novas doenças mentais, que afetam a todos de alguma maneira, foram desveladas. Assim, as neuroses de ansiedade e depressão são componentes da mudança do humor de todos, mas é apenas quando elas se tornam ‘clínicas’ – uma linha muito borrada – é que elas se tornam problemas médicos. No entanto, o monitoramento da população para identificar a extensão em que esses aspectos do funcionamento mental “normal” estão se tornando ‘clínica’ é uma parte importante da oferta de cuidados de saúde hoje. Lembro-me, aqui, dos inquéritos em saúde mental da segunda metade do século vinte que, consistentemente, encontraram que a maior parte da população, em um dado momento, teve alguma forma de doença mental.

Nós, no Brasil, temos trabalhado seriamente para construir um sistema de atenção integral e universal à saúde. Você parece ter uma visão crítica de um senso comum que reinvidica que estes objetivos representam uma perspectiva progressista e libertária no momento em que você reflete, em seus escritos, sobre a função disciplinar presente, muitas vezes, em sistemas universais de atenção à saúde.

Eu não acredito que eu tenha sido crítico ao sistema universal e integral de atenção à saúde que, como você assinala, reflete uma perspectiva liberal e progressista. Eu simplesmente quero salientar que há outra maneira de ler a difusão destes serviços que não é devedora, em sua justificativa, de ideias progressistas.

Não tenho simpatia com o argumento – que me parece refletir uma perspectiva jurídico-marxista – sobre o poder que o enxerga como algo negativo, repressivo e controlador. Meu interesse maior, à semelhança de Foucault, é com a força criativa do poder. Então, sim, existe muito controle e monitoramento na sociedade moderna e no sistema de atenção à saúde, mas se estudarmos o poder ‘onde ele se faz capilar, aonde ele se apresenta em seus efeitos imediatos’, eu penso que você descobrirá que as reações dos pacientes a estes sistemas e tecnologias não são passivos. Mais do que isto, é esta resposta ao aparato de vigilância que mais interessa em termos da habilidade de se produzirem novas identidades dos pacientes.

Modelos médicos

A partir de Ackenert você propõe uma classificação dos modelos médicos como: os da 'Biblioteca', 'Medicina ao lado do Leito', 'Hospitalar-Patológica' e acrescenta 'Medicina da Vigilância'^{7,8}. Pode explicar quais são as características essenciais desses distintos modelos e depois comentar para nós sobre como estes modelos fabricam e produzem a identidade dos indivíduos?

Eu encontrei esta classificação dos modelos médicos útil uma vez que o período hospitalar-patológico é aquele ao qual Foucault dedica sua análise no "Nascimento da Clínica" (e sobre o poder panóptico). Se nós concordamos que o período hospitalar reflete uma reconfiguração da natureza do poder – do soberano para o disciplinar – então eu penso que podemos identificar ainda um outro modelo médico na 'Medicina da Vigilância', que exerce capilarmente o poder panóptico sobre a população. E assim como o poder disciplinar do panóptico estabeleceu e inventou os corpos anatômicos (nas escolas, oficinas, prisões e hospitais), como Foucault observou, eu acho que a maquinaria mais pervasiva de vigilância do final do século vinte reconstrói a individualidade e dá-lhe tanto um sentimento de agenciamento quanto de reflexividade.

Tomando como referência sua discussão sobre o tempo e o espaço, sobre o significado da doença e do normal nos modelos de medicina discutidos anteriormente, é possível afirmar que as discussões que Nikolas Rose tem feito recentemente em textos como o 'Politics of life itself'¹³ apontam para a emergência de um novo modelo de medicina?

Eu acho que Rose e eu estamos escrevendo relatos paralelos de fenômenos semelhantes, embora cada um de nós pareça trabalhar com distintos focos de interesse. Eu tenho estado interessado, sobretudo, na temática da "ascensão e queda" do biológico; em contraste, Rose está interessado no papel da biologia hoje e, em particular, da biologia molecular. E enquanto eu prefiro escrever breves relatos de certas formas de emergência dos conceitos por meio do estudo de periódicos científicos e livros didáticos, Rose é muito melhor em visualizar em amplitude a imagem geral desta problemática.

Autonomia dos pacientes

Em muitos de seus textos^{12,14,15}, especialmente no 'Actors, patients and agency', você tem afirmado que, ao longo das últimas décadas, várias estratégias têm sido desenvolvidas para encorajar os pacientes a terem maior autonomia na vida e que o resultado tem sido o de induzir uma espécie de agenciamento em pacientes previamente passivos e uma reconstrução de identidade do paciente. Esta questão é de grande interesse para os vários projetos da Saúde Coletiva e do Sistema Nacional de Saúde (SUS) que buscam repensar as abordagens sobre a clínica e a gestão em saúde objetivando a produção de uma atenção integral, equitativa e de qualidade para todos. Após esses comentários, você pode sintetizar para nós os principais aspectos desse desenvolvimento histórico?

Como descrevi em meu artigo, eu acho que a chave da mudança ocorreu em 1950, quando a ideia de que todo mundo estava suscetível/em risco de perigos invisíveis e desconhecidos tornou-se prevalente. Isto pode ser visto na ideia de que todos estão sob risco de doença, dos perigos invisíveis de poluição de nosso meio ambiente e nas preocupações macarthistas contemporâneas sobre a propagação do comunismo ("a síndrome do vermelho sob a cama"). Eu, particularmente, gosto do filme *Invasion of the body Snatchers*, de 1956, no qual alienígenas sequestram os corpos humanos: por um lado, os perigos estão em toda parte e são invisíveis e, ao mesmo tempo, para aqueles que são capturados, a identidade se transforma.

A literatura crítica social à medicalização geralmente relaciona este fenômeno com a diminuição da autonomia do paciente. Perante o seu argumento de que a medicina, hoje, procura, em muitas ocasiões, reforçar a autonomia do paciente⁴; como devemos refletir sobre essas críticas? Eu acho que as análises recentes sobre a medicalização sublinharam a mudança de médicos ativos para pacientes ativos. Mais do que médicos que querem transformar os problemas da vida cotidiana em doenças, o que se observa são pacientes e grupos de pacientes que desejam medicalizar, por exemplo, a fadiga, a obesidade e uma infinidade de outros problemas.

Como esses desenvolvimentos refletem hoje na relação médico-paciente na prática generalista no Reino Unido? Isto teve algum impacto na prática clínica, no modo com que os profissionais de saúde lidam com a doença e seus sintomas?

Sim, tanto a relação médico-paciente e a prática clínica, hoje, são muito diferentes e refletem estas alterações. Os médicos devem agora respeitar a autonomia do paciente, envolvendo-os nas decisões e dando-lhes a responsabilidade (algumas vezes, caso queiram ou não). Por outro lado, grande parte da prática clínica hoje se dedica a identificar e mitigar os fatores de risco e menos o que tem sido denominado de doenças patológicas.

Você pode refletir sobre essas transformações discutindo como elas vêm afetando a adesão dos pacientes aos tratamentos médicos e a programas de Saúde Pública - como a TBC, prevenção do câncer, etc.¹⁴?

O problema de adesão é relativamente recente. Há mais ou menos cinquenta anos, havia poucas menções a periódicos científicos e livros sobre os ausentes ao tratamento (sobretudo, da clínica de doenças venéreas); por outro lado, nada sobre os pacientes atuarem de acordo com as orientações médicas. Então, por que a adesão/aquiescência surgiu como um problema que a medicina teve de enfrentar cinquenta anos atrás? Este não é um problema da biologia, mas de comportamento, e foi há cinquenta anos que os médicos se tornaram cada vez mais preocupados com a identificação, o estudo, a gestão, a classificação e a mudança do comportamento. A adesão fornece o problema perfeito para este projeto.

De forma semelhante, programas de Saúde Pública têm objetivos nominais – como o da prevenção do câncer –, mas eles estão preocupados com estratégias muito mais importantes. Por exemplo, o rastreio do câncer reconhece e promove uma dimensão temporal para a doença, a grande prevalência de riscos de câncer na população normal, a importância de se promover a adesão ao serviço (quem tem como alvo o comportamento) e, mais recentemente, a escolha informada (que tem como objeto o funcionamento mental/cognitivo, assim como o comportamento). Assim, em resumo, eu acho que é interessante tomar todas essas políticas médicas aparentemente “óbvias” e perguntar por que e quando se tornou possível, para elas, emergirem como “óbvias”, apesar de, algumas décadas atrás, elas não poderem sequer serem imaginadas.

Saúde Pública

Em suas investigações, você descreve as mudanças da configuração das fronteiras entre espaços medicalizados em termos de quatro modelos de espaços públicos de saúde⁹. Pode comentar esses modelos e, em sua resposta, discutir as mudanças nas conceitualizações sobre os riscos à saúde?

Eu pensei que os quatro regimes de Saúde Pública que eu identifiquei – Quarentena, Ciência Sanitária, Higiene Interpessoal e a Nova Saúde Pública – poderiam ser pensados de acordo com seu foco sobre o corpo humano e o grau de permeabilidade da fronteira do corpo. Para cada um destes regimes de Saúde Pública, há um risco associado (embora este termo tenha sido utilizado apenas para os mais recentes): e, em cada caso, são os perigos associados com o cruzamento deste limite. Na Quarentena, por exemplo, o atravessamento desta fronteira poderia potencialmente ser catastrófico e foi totalmente proibido; mas, no momento em que os modelos de Saúde Pública foram sucedendo um ao outro, novas estratégias tiveram de ser concebidas para proteger/monitorar uma fronteira cada vez

mais permeável. Estamos, agora, em uma situação em que o risco não pode ser evitado pela higiene sanitária, mas exige a vigilância contra perigos invisíveis em todos os lugares, o tempo todo.

Como você correlaciona estes distintos conceitos de risco (e os diferentes modelos de Saúde Pública) à produção da identidade individual?

As estratégias que foram dispostas para o gerenciamento dos perigos nos distintos modelos de Saúde Pública estão presentes na natureza da identidade contemporânea, seja como um corpo anatômico sob uma Ciência Sanitária ou como uma identidade reflexiva sob a Nova Saúde Pública.

Quando você sustenta que no final do século vinte o indivíduo tornou-se um risco dele mesmo, quais são as consequências desse desenvolvimento para a prática clínica¹⁵? Você acha que é possível afirmar, como Ogden¹⁶, que a mutação do conceito de risco tem paralelo com os cambiantes conceitos de identidade ao longo do século passado?

Em meu artigo recente sobre a história do agenciamento na medicina (e na sociologia médica) eu assinalei para a importância da ideia de que todos são suscetíveis a riscos invisíveis e desconhecidos. Com essa constatação, todos devem estar constantemente vigilantes. Isto fornece um quadro analítico poderoso. Por um lado, os riscos sob qualquer forma podem ser adicionados às ameaças que todos enfrentamos, sejam eles na dependência a drogas, doenças sexuais, obesidade, poluentes ambientais, etc. Por outro lado, a proliferação destes riscos em toda parte requer que o indivíduo fique cada vez mais e mais vigilante contra as ameaças internas e externas. E eu acredito que este processo leva a uma sensação de agenciamento e reflexividade que caracteriza a identidade/pacientes (Adriana, parece não estar correto identidade/pacientes) no início do século 21.

Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido

O que você pode nos dizer sobre a Atenção Primária à Saúde no Reino Unido, nos dias de hoje? Qual modelo médico tem uma maior influência?

A Atenção Primária à Saúde (um novo termo cunhado na década de 1960 para a antiga prática geral) incorpora, hoje, muitos aspectos das transformações do século vinte que tentei descrever, tais como: um paciente cada vez mais autônomo que expressa o seu esforço e interesse, uma ênfase em estar informados sobre o seu perfil de risco, e um crescente foco na população/comunidade.

O que caracteriza, em sua opinião, a relação dos médicos generalistas (GP) com os pacientes, a família e a comunidade?. Qual é o foco principal no *setting* clínico: o sintoma potencialmente patológico ou, independentemente do significado do sintoma, a pretensão de se encontrar um acesso psicológico à intimidade do paciente para, a partir daí, aquilo que a influencia?

A mudança da natureza da relação médico-paciente é uma faceta importante da prática do médico geral no período contemporâneo, mas eu gostaria também de salientar a importância da realização de um perfil de risco no qual pacientes que buscam atenção têm seus fatores de risco medidos e calibrados (e mesmo aqueles que não se fazem presentes podem ter seus fatores de risco analisados para explicar o não comparecimento dos mesmos na consulta).

No texto 'Surveillance Medicine', sintoma, sinal, investigação e doença se fundem em uma única e infinita cadeia de risco. Igualmente, a enfermidade sob a forma de doença ou lesão, que constituía o ponto de chegada da inferência clínica sob a Medicina Hospital, é também decodificada como um fator de risco à semelhança do que ocorre com toda enfermidade que passa a ser um fator de risco para outra enfermidade. Além de comentar esta afirmação, pode ilustrá-la com um exemplo e refletir sobre as consequências do novo olhar sobre a prática clínica?

Um exemplo: as pessoas comem uma comida não saudável; isto aumenta o risco de que seus perfis lipídicos sejam alterados; isto aumenta o risco de que eles desenvolverão angina; isto aumenta o risco

de que eles irão desenvolver um infarto do miocárdio; isto aumenta o risco de morte; isto aumenta o risco de que suas crianças possam carregar um gene cardiovascular; isto aumenta o risco de que as crianças – especialmente se elas comem comida não saudável – sigam uma trajetória similar. A medicina do último século não teria interesse nesta cadeia de riscos, mas, agora, sim. Mais do que isto, nós sabemos com uma crescente acurácia o nível da probabilidade de cada uma dessas transformações e, apesar de o risco em geral manter-se muito pequeno, é o fato de que todos nós estamos conscientes de que estamos sob risco que é importante tanto para o paciente quanto para a prática clínica.

Você afirma no livro ‘Political Anatomy of the body’¹² que na Medicina da Vigilância ‘as razões para ‘visitar o médico’ e toda a configuração enfermidade, paciente e do médico foi ... reorganizada. E, a partir desta, emergiu... o olhar e uma contemplação fixa (‘the gaze’) sobre a subjetividade do paciente, uma vez que foram as decisões e significados do paciente e seu mundo subjetivo que desencadearam a decisão de consultar, e não os ditames de uma patologia orgânica e localizada, na qual – como Balint argumentaria – o diagnóstico deve ser como fazer uma biografia, e é inseparável do tratamento. A partir destas afirmações, você pode discutir e analisar a influência desses aspectos na proposta da “Classificação Internacional de Atenção Primária”, e sobre sua aplicabilidade nos dias de hoje no Reino Unido e junto aos serviços de atenção primária de outros países?

Qualquer sistema de classificação pode ser analisado buscando revelar os valores e as premissas que o tornaram possível. A Classificação Internacional de Doenças – CID- (que tem suas origens há mais de um século) nos diz que as doenças são coisas que estão, sobretudo, localizadas no interior do corpo (biológico) e que se pode descrevê-las em termos de células, tecidos e órgãos. Foi apenas na segunda metade do último século, porém, que a atenção primária procurou desenvolver uma classificação paralela. No início, ela usou um CID adaptado, mas, gradualmente, vem incorporando aspectos do comportamento e motivações do paciente. Parece-me que essas mudanças podem ser lidas como a colocação de um novo foco sobre aspectos cognitivos e comportamentais que compõem a identidade dos pacientes – que é o mecanismo por meio do qual esses atributos são constituídos.

“Surveillance Medicine” teve, como você tem discutido, uma grande influência junto à prática dos Médicos Generalistas (GP), dos pediatras e gineco-obstetras. Neste contexto, como você explica que, no Reino Unido, o sistema tenha priorizado o GP como uma especialização na Atenção Primária à Saúde e não tenha incorporado especialistas como os pediatras (‘generalistas’) e os gineco-obstetras (‘generalistas’) em seu sistema? Faço esta pergunta porque no Brasil isto segue sendo uma importante discussão no campo da Saúde Pública.

O lugar do GP no Serviço Nacional de Saúde britânico é, realmente, um acidente histórico. Durante o século 19, os especialistas de alto status (médicos e cirurgiões) trabalharam no hospital e restringiram a ‘prática dos generalistas’ aos pacientes que podiam pagar seus altos honorários. Isto fez com que os GPs tivessem que gerenciar as necessidades de cuidado à saúde de todos os demais. Ao final do século 19, uma série de regimes locais de seguros emergiram, nos quais cada membro da comunidade pagava, semanalmente, uma pequena quantia, de tal maneira que o GP podia ser empregado para prover a atenção à saúde sempre que alguém estivesse enfermo; este foi o início do sistema de captação, no qual o GP é remunerado pelo número de pacientes que eles têm registrados, e não pelos serviços individuais. O Serviço Nacional de Saúde, introduzido em 1948, simplesmente ampliou a função dos GPs e do sistema de pagamento por captação para toda a população e restringiu os especialistas ao hospital. A captação, de fato, remunera o GP quando a sua população cadastrada está saudável, e aumenta o trabalho do mesmo (ou da mesma) quando eles não estão (enquanto o pagamento por serviço é um incentivo ao contrário). Posteriormente, o governo tem garantido que os salários dos GP e dos especialistas sejam aproximadamente equivalentes.

Muitos investigadores têm escrito sobre as ligações entre as estratégias sustentadas pelo conceito de risco na Saúde Pública e propostas políticas conservadoras^{1,17,18}. Ogden, em um texto que incorpora a sua concepção de risco¹⁶, alerta-nos, por exemplo, que “nas últimas décadas do século XX, a maquinaria da vigilância, que encontra reflexos na ética individualista e autossuficiente da Nova Direita, tem penetrado com sucesso os espaços do corpo para reconstruir uma identidade intra-activa, que está, cada vez mais, formatada por um eu marcado pelo autocontrole, por um ‘eu do risco’ (risk self)”. Como você analisa estas ideias?

Eu nunca fui convencido de que uma análise da maquinaria da vigilância possa ser ajudada nos termos de movimentos políticos, tais como a Nova Direita. Algo que eu poderia imaginar é que a Nova Direita é uma outra manifestação da vigilância/risco/agenciamento, e não o contrário. E, é claro, enquanto a vigilância produz uma ética individualista e autossuficiente, que a Nova Direita deve aplaudir, a vigilância permanente de todos os dias de hoje – como notícias recentes têm demonstrado – é ironicamente combatida pela Nova Direita.

Para terminar esta conversação, pode comentar sobre a abordagem ‘metodológica’ que você vem utilizando nos trabalhos que discutimos aqui? Por que acha que ela aponta para outra maneira de ler uma realidade ou algum texto discursivo?

No último capítulo do meu livro mais recente – *A New History of Identity*¹⁹ – eu tentei descrever alguns dos princípios metodológicos que tento utilizar em minhas pesquisas. Eu penso que dois são muito importantes.

O primeiro é o significado do texto mais do que o autor. Isto tem sido um tema importante no interior dos estudos pós-modernos nas últimas duas décadas e eu busco fazer com que isto esteja presente em meu trabalho. A visão convencional é de que o autor cria o texto, mas é mais interessante, eu penso, dizer que o texto cria o autor. Se você quer conhecer quem era Freud, nós devemos inferir de seus textos; e no momento em que esta inferência irá mudar ao longo do tempo o mesmo ocorrerá com a identidade de Freud de acordo com a maneira que interpretamos seus textos. Então, eu não tenho me preocupado sobre quem escreveu um determinado texto e, mais do que isto, eu prefiro, eu preferiria que o texto viesse de uma fonte razoavelmente obscura, de tal maneira que ninguém estaria tentado a olhar a identidade do autor, seu *background*, motivações, etc. Uma vez que estou tentando explicar o autor, eu necessito reverter a relação usual entre os autores e o texto. Por isto, frequentemente, eu busco manter o nome do autor fora das coisas que escrevo, mas, é claro, as convenções sobre referência me demandam que eu registre o nome em algum lugar.

O segundo princípio metodológico é o de ordenar os textos de acordo com seu ano de publicação. A maioria das bibliotecas ordena os livros por autor ou assunto, mas nunca por data. Por exemplo, em uma biblioteca da história da medicina, haverá uma seção sobre a medicina do século 19, com livros publicados ao longo dos últimos dois séculos. Isso parece muito estranho, uma vez que a natureza da medicina do século 19 só pode ser conhecida a partir de um determinado ponto de vista no tempo, então, por que justapor um texto ‘primário’ do século 19 com um texto ‘secundário’ do final do século vinte? Minha própria coleção de livros é, então, ordenada por data de publicação. Isso me permite ver semelhanças e diferenças em textos adjacentes. Eu tentei seguir esse preceito na minha escrita, embora, às vezes, se torne difícil.

Referências

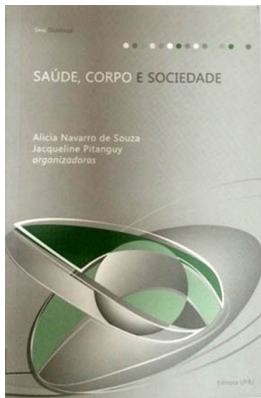
1. Petersen AR, Bunton R. Foucault, health and medicine. London: Routledge; 1997.
2. Armstrong D. Political anatomy of the body: medical knowledge in Britain in the twentieth century. Cambridge Cambridgeshire: Cambridge University Press; 1983.
3. Foucault M. Discipline and punish the birth of the prison. 2nd ed. New York: Vintage Books; 1995.
4. Armstrong D. Bodies of knowledge/knowledge of bodies. In: Jones C, Porter R. Reassessing Foucault studies in the social history of medicine. London: Colin Jones; 1994. p. 17-28.
5. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286):129-36.
6. Jewson ND. The disappearance of the sick-man from medical cosmology, 1770-1870. *Int J Epidemiol*. 2009; 38(3):622-33.
7. Armstrong D. Commentary: Indeterminate sick-men - a commentary on Jewson's 'Disappearance of the sick-man from medical cosmology'. *Int J Epidemiol*. 2009; 38(3):642-5.
8. Armstrong D. The rise of Surveillance Medicine. *Social Health Illness*. 1995; 17(3):393-404.
9. Armstrong D. Screening: mapping medicine's temporal spaces: mapping medicine's temporal spaces. *Social Health Illn*. 2012; 34(2):177-93.
10. Armstrong D. Space and time in British general practice. *Soc Sci Med*. 1985; 20(7):659-66.
11. Foucault M. The birth of the clinic an archaeology of medical perception. Abingdon: Routledge; 2003.
12. Armstrong D. The invention of patient-centred medicine. *Soc Theor Health*. 2011; 9(4):410-8.
13. Rose N. Politics of life itself biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press; 2007.
14. Armstrong D. Actors, patients and agency: a recent history. *Soc Health Illn*. 2014; 36(2):163-74.
15. Armstrong D. Public health spaces and the fabrication of identity. *Sociol*. 1993; 27(3):393-410.
16. Ogden J. Psychosocial theory and the creation of the risky. *Soc Sci Med*. 1995; 3(40):409-15.
17. Lupton D. The imperative of health: public health and the regulated body. London: Sage; 1995.
18. Petersen AR, Lupton D. The new public health: health and self in the age of risk. London: Sage; 1996.
19. Armstrong D, Armstrong DE. A new history of identity: a sociology of medical knowledge. Houndmills: Palgrave Schol; 2002.

Palavras-chave: Clínica Médica. Saúde Pública. Subjetividade. Risco. Poder.

Keywords: Clinical Medicine. Public Health. Subjectivity. Risk. Power.

Palabras clave: Medicina Clínica. Salud Pública. Subjetividad. Riesgo. Poder.

Submetido em 27/10/15. Aprovado em 08/11/15.



Souza AN, Pitanguy J. Saúde, corpo e sociedade. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2014.

Maria Fernanda Aidê Caldeira Brant Teixeira Paula^(a)
Nelson Filice Barros^(b)

O livro *Saúde, corpo e sociedade*, organizado pela médica psiquiatra Alicia Navarro de Souza e pela cientista política Jacqueline Pitanguy foi publicado em 2006, pela editora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), em parceria com a organização não governamental Cidadania, Estudo, Pesquisa, Informação, Ação (CEPIA), e, em 2014, foi reeditado. A obra, com 286 páginas, resulta de uma experiência de ensino de Ciências Sociais e Humanas, criada na reforma do currículo do curso de medicina da UFRJ em meados da década de 1990.

O livro consiste numa coletânea de artigos agrupados em cinco partes. Na Parte I, "Sobre a produção do conhecimento nas ciências", composta por quatro capítulos, há amplo debate sobre o que é e como se faz pesquisa científica. No capítulo 1, Alberto Oliva discorre acerca do método científico, considerando as construções envolvidas na definição das regras do método. Para o autor, a produção da verdade na ciência é tida como consequência do método, contudo, cabe questionar de que regras é composto o método científico? Não há consenso com relação a isto. A ideia do método como ordenado e único constitui apenas uma ilusão para os pensadores que compreendem a ciência como socialmente construída,

pois, de modo geral, a produção do conhecimento científico envolve seleção e construção, algo realizado a partir de esquemas teórico-valorativos.

A contribuição de Flavio Coelho Elder, no capítulo 2, é sobre a obra de Thomas Kuhn, destacando a crítica sobre a noção de ciência universal, a-histórica e sinônimo de progresso. O autor analisa a conceituação kuhniana de ciência normal e paradigma, para mostrar como são elencados os problemas "normais" e a institucionalização do trabalho científico no campo social da ciência. Destaca, Elder, o modelo revolucionário de ciência proposto por Kuhn, que é não cumulativo e complexo, em relação à compreensão do surgimento de novas teorias científicas e a aceitação das mesmas pelos cientistas.

A reflexão histórica de Elvira Maciel, no capítulo 3, sobre a prática e produção do conhecimento médico, atem-se ao processo de produção de evidências médicas. A autora enfatiza a mudança do modelo de investigação, que deixa de ser da beira do leito e passa ao laboratório, o que significa mudanças: no sentido do apreço às explicações teóricas do processo de adoecimento, na noção de eficácia do procedimento terapêutico e na experimentação como forma de prova e teste realizada em animais.

^(a) Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. Bolsista Capes. mafeaide@gmail.com

^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. R. Tessália Vieira de Camargo 126, Barão Geraldo. Campinas, SP, Brasil. 13.083-887. nelfel@uol.com.br

Alicia Navarro de Souza discute, no capítulo 4, a importância da pesquisa qualitativa na área da saúde, uma vez que esta metodologia abre processos de crítica à vinculação da medicina ao paradigma das ciências naturais e aos pressupostos positivistas, de neutralidade científica e objetividade. Além disso, busca, pela fundamentação qualitativa, lidar com o fenômeno do adoecimento de outras maneiras, não apenas em termos de relações de causalidade, mas a partir da experiência do sujeito que é acometido pelo processo de adoecimento e cuidado.

A Parte II, intitulada “Saberes e práticas de saúde: reflexões sobre a clínica”, traz os capítulos 5 e 6. No capítulo 5, Benilton Bezerra apresenta a discussão iniciada por Canguilhem a respeito do normal e do patológico, cuja definição de normal envolve um estado de respostas efetivas do organismo às necessidades e exigências da própria dinâmica da vida. Assim, o normal é definido em relação à própria dinâmica do meio, o que implica múltiplos padrões de normalidade, ao contrário de outras definições mais estreitas das ciências biológicas que o estabelecem a partir da média, frequência e probabilidade estatística. Além disso, Benilton discute a concepção de patológico como outro princípio da condução da vida, muito diferente do par oposto de doença, uma vez que este estado da vida com uma patologia estabelece dinâmicas próprias.

No capítulo 6, a médica e antropóloga Rachel Aisengart Menezes narra sua experiência de pesquisa em um Centro de Tratamento Intensivo (CTI). A autora discute a maneira como os trabalhadores descrevem os dilemas técnicos, sociais e morais do trabalho com sujeitos gravemente enfermos; bem como a angústia que envolve os profissionais em termos da seleção dos casos com mais probabilidade de recuperação para ocupar as poucas vagas do CTI. Destaca a autora que a equipe cria categorias e denomina os pacientes que respondem bem ao tratamento como “responsivo”, “viável” e “cooperativo”; e aqueles que não respondem ao tratamento e “apenas ocupam um leito” são chamados de “inviável” e “sem prognóstico”,

Na Parte III, a perspectiva histórica das ações e discursos sobre o corpo, no que concerne à sexualidade, reprodução e gênero, ganha terreno num estímulo à reflexão em torno do peso dos padrões vigentes em cada época. Esta parte é denominada de “Corpo, sexualidade e práticas em saúde”, sendo composta por três capítulos.

No capítulo 7, Jurandir Freire Costa discorre a respeito das diferentes percepções do corpo, gênero e sexualidade em distintos períodos históricos. O texto mostra como a forma de olhar, sentir e significar o corpo se transforma, em relação aos seus usos e prazeres. Por exemplo, o autor afirma que, até o século XVI, se acreditava na existência de apenas um sexo, o do macho, símbolo da perfeição da espécie humana. Ao passo que a divisão sexual bipolar, de um lado, homens e, de outro, as mulheres, respaldada pela genética, é uma construção bem mais recente. O autor alerta, ainda, que os próprios cientistas devem interrogar-se sobre o interesse moral-político-econômico de suas pesquisas, pois, de maneira geral, eles fazem com que algumas ideias prevaleçam e outras declinem, produzindo “evidências científicas” que respaldam e reforçam a discriminação e reprodução das desigualdades.

No capítulo 8, Jaqueline Pitanguy aborda a violência como expressão percebida e sentida de distintas formas, de maneira geral, envolvendo dilemas sociais relativos a disputas culturais. Em específico, a autora trata da violência de gênero em meio a questões estruturais e históricas de invisibilidade, bem como do debate mais atual sobre a violência doméstica enquanto violação dos direitos humanos.

Na capítulo 9, Fabíola Rohden desenvolve reflexões sobre as ações focadas no controle e intervenção sobre o corpo da mulher em termos de concepção, gravidez e parto. Discute que o corpo da mulher na Idade Média era visto como mais propício ao pecado e a ação do demônio, em virtude de ter mais orifícios nos quais o demônio poderia passar. Assim, para a Igreja, a mulher representava um perigo, e isso contribuiu para que as próprias mulheres atuassem sobre o corpo de outras mulheres, sendo às parteiras, figuras centrais, que competia, inclusive, uma educação moral em relação à reprodução para os casais.

Na Parte IV, intitulada “Saúde e sociedade”, questões contemporâneas sobre ensino e prática médica são discutidas. No capítulo 10, Jane Russo apresenta o corpo sentido e vivido enquanto totalidade e complexidade, mas fragmentado e objetificado no plano do ensino e da intervenção. Sobre isto, alerta que as disciplinas da área médica são bem exemplificadoras, uma vez que o corpo das aulas de anatomia são peças destituídas da noção de pessoa, mas organizadas em torno de uma lógica de funcionamento que

orienta para a especialização. O que a autora propõe é pensarmos na dinâmica biocultural inerente ao próprio estar no mundo, uma vez que, mesmo que tenhamos a pretensão de objetificar o outro, despidendo-o daquilo que o singulariza, trata-se de uma ação impossível, porque as pessoas possuem pertencimentos de raça/cor, gênero, idade, classe social, etc.

Madel Luz, no capítulo 11, trata do dilema que envolve o conhecimento sobre as doenças em termos de etiologia e o tratamento/cura do sujeito que padece da doença. Há, contemporaneamente, uma tensão na prática médica em torno da diagnose e da terapêutica, pois a arte da cura é anterior à ciência das doenças, e o foco central nas ciências das doenças, no ensino médico atual, mostra a incompatibilidade entre o que se aprende e a tarefa de cuidar das pessoas.

No capítulo 12, Pedro Gabriel Godinho Delgado discute a relação entre o doente mental e a noção de cidadania. Apesar de existir um imaginário da cidadania como uma condição decorrente da própria existência coletiva, os “loucos” experimentam situações em que são menos cidadãos, de maneira que sobre eles incide um regime especial, um regime de tutela associado ao incapaz, alguém que não responde por seus atos e tem sua liberdade cerceada. Além disso, Delgado demonstra que, do ponto de vista jurídico, há uma fixidez das categorias, e, uma vez “louco, sempre louco”.

No capítulo 13, Ruth Floresta de Mesquita narra a experiência pioneira de implantação de serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência sexual na cidade do Rio de Janeiro. A lei prevê o aborto legal em casos de violência sexual, contudo, a prestação deste serviço na rede pública de saúde sempre foi e continua sendo insuficiente.

Na última parte, chamada “Sobre a proposta do curso Saúde, corpo e sociedade”, as organizadoras do livro, Alicia Navarro e Jacqueline Pitanguy – como se viu, também professoras do curso –, discutem a relação entre as partes do livro e do curso, afirmando que

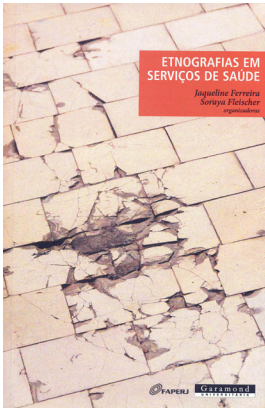
a ideia tem sido apresentar, aos estudantes de graduação, temas relativos a direitos humanos, ao fenômeno da saúde e da doença, pensados na perspectiva histórica e social. Além disso, três ex-alunos do curso, Atila Victal Rondon, Raphael de Lucena Oliveira e Tatiana Guthierre Targino dos Santos, discutem as muitas experiências vivenciadas e afirmam que as aulas e discussões amenizaram o déficit de matérias que ampliem o campo de visão na relação médico-paciente.

Necessário notar, sumariamente, que o livro – cujos capítulos são as aulas ministradas por cada convidado dessa experiência que desafia os problemas da precariedade e do apoio institucional há mais de duas décadas – é um excelente conjunto teórico-conceitual para o ensino das Ciências Sociais e Humanas no campo da saúde. No entanto, não é possível deixar de notar, também, as expressões desse desafio, pois se trata de uma exitosa experiência de disciplina optativa e não incorporada no núcleo do currículo, ou seja, a participação na disciplina está mais associada ao “nice to know”, que ao “need to know”¹. Outro desafio é em relação à escassez de professores da Faculdade de Medicina da UFRJ que ministram os conteúdos de Ciências Sociais e Humanas no curso, deixando ver que existe, mas ainda é pequeno, o investimento de instituições tradicionais na contratação desses profissionais. Por fim, as palavras das organizadoras e dos ex-alunos deixam ver a distância entre o que é proposto pelas organizadoras e o que é compreendido pelos estudantes, pois, enquanto as primeiras ampliam o escopo de visão para o processo saúde-doença-cuidado, os últimos reduzem a perspectiva para a relação médico-paciente.

Referências

1. Peters S, Litva A. Relevant behavioural and social science for medical undergraduates: a comparison of specialist and non-specialist educators. *Med Educ*. 2006; 40(10):1020-6.

Submetido em 09/06/15. Aprovado em 13/08/15.



Ferreira J, Fleischer S, organizadoras. *Etnografias em serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Garamond; 2014.

José Miguel Rasia^(a)

Etnografias em serviços de Saúde: desvendando laços e sentidos

Pensar a saúde e a doença é pensar o corpo, a ciência e a cultura. Pensar esses elementos é inscrevê-los em suas formas concretas, suas existências reais, seus modos de ser, suas dimensões vividas. É pensar a articulação, as determinações mútuas entre si. É das articulações entre corpo, ciência e cultura que trata o livro, articulações estas marcadas pelos estados de saúde ou doença de indivíduos concretos, vivendo cada um a seu modo e ancorado em seus limites; gente com nome próprio e histórias muito particulares. Estas questões, tão sensíveis e tão caras à Antropologia e à Sociologia da Saúde, abordadas neste livro é que o tornam importante para todos os que buscam compreendê-las.

Se nome próprio e histórias particulares são a marca dos estudos que compõem o livro, quem o habita são: os Ranulfos, as Solanges, as Áreas e os Gustavos. Nos estudos etnográficos aqui reunidos, os indivíduos são tomados em sua dimensão humana, concreta, diária. Não se trata de um discurso geral e generalizante sobre a saúde, a doença, o corpo, a cultura e a ciência; trata-se, sim, de pôr à descoberta indivíduos

situados e suas histórias particulares, suas biografias, suas formas de ser. Esta é uma riqueza que somente a etnografia nos permite ter acesso. O livro é composto por etnografias primorosas, um exemplo de como se faz Antropologia na sua melhor expressão.

Sentir-se bem ou sentir-se mal não é uma condição que só a biomedicina permite identificar, nomear, classificar e tratar a partir de seus métodos, suas técnicas é, antes de tudo, uma condição que afeta o indivíduo em sua vida. Se os métodos da biomedicina, bem como sua intervenção são necessários para tratar ou manter o indivíduo bem, eles, porém, não são suficientes para compreendê-lo nas dimensões que estão para além do biológico, da possível intervenção e do discurso médicos. É da vida miúda, raiz de todo o bem e de o todo mal que o indivíduo possa experimentar, e de sua interlocução com a biomedicina em seus espaços e suas práticas, que trata o conjunto de etnografias selecionadas por Jaqueline Ferreira e Soraya Fleischer. É a busca pelo significado desses espaços e suas práticas o motivo dos estudos aqui reunidos.

Quando considero que são rigorosas as etnografias apresentadas, estou chamando atenção para o uso do método etnográfico em sua mais

^(a) Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Universidade Federal do Paraná. Rua José Kormann, 193, Adu. Curitiba, PR, Brasil. 82.200-440. zecarasia@gmail.com

pura concepção e tradição. Etnografar não é tarefa fácil, e etnografar serviços de saúde é um desafio que poucos aceitam, dadas a situação e as condições que marcam o campo. A tensão, os conflitos, o poder, muitas vezes, afastam o pesquisador de objetos tão difíceis quanto sensíveis, como: a saúde e a doença, o sofrimento e a dor, encarnados no corpo do outro. Enfrentar a condição desse outro enquanto pesquisador, cobra deste último o preço de confrontar-se com a condição humana nos limites da alteridade.

Estranhar, reconhecer, tornar familiar, estranhar outra vez, é o movimento que marca os textos deste livro, ou seja, o método etnográfico revelado em sua plenitude. Neste sentido, é um livro não só para antropólogos e de antropólogos experientes, com forte domínio do método, mas, também, um livro para todos os que se interessam pelo humano e seus limites. É um livro que revela as exigências do método, as dificuldades e as tensões ao manejá-lo, mas escrito numa linguagem compreensível, revelando muitas vozes e feito a muitas mãos.

Para além do rigor do método, muitas são as contribuições para a compreensão da saúde, da doença e do corpo, por meio dos espaços, das práticas e, sobretudo, da relações entre os indivíduos nele considerados; do Prefácio de Cynthia Sarti ao texto final de Ruy Harayama, tudo nos desafia e transborda em rigor. O que importa aqui é, portanto, que, mesmo em situações e espaços muitas vezes estigmatizados ou considerados desimportantes para o trabalho científico – como o balcão da drogaria –, o que o etnógrafo nos ensina com seu ofício é que a dignidade de um objeto reside mais na sensibilidade do pesquisador e no correto uso do método do que em sua amplitude. É no ordinário que se revela, muitas vezes, a grandeza do objeto. A coisa miúda, corriqueira, quase despercebida ao olhar, é o melhor teste para o exercício da imaginação e do saber antropológicos. Dar dignidade ao que aparentemente é desprovido dela, exige o domínio do ofício: disposições, habilidades e o manejo de suas ferramentas e da matéria empírica.

Feitas essas observações, não gostaria de deixar passar em branco duas questões que me assaltam na leitura deste livro e, tantas vezes, relegadas nos estudos sobre serviços

de saúde. Falo aqui da posição do etnógrafo e a relação deste com os indivíduos “doentes”, bem como com as equipes profissionais. O que se pode observar é a forma do tratamento dado aos espaços em que ocorrem as ações que têm como alvo aquele que necessita de algum tipo de cuidado. Nesse sentido, as etnografias apresentadas vão além da compreensão pura e simples das assimetrias estabelecidas entre “o doente” e o “profissional”; e, para além, portanto, da fórmula simplista que reduz o encontro desses indivíduos à tão desgastada relação saber-poder. Para além do micropoder que se constitui nestes locais, o etnógrafo pode revelar uma nova compreensão dos espaços terapêuticos e das interações ali vividas, desnuda, em sua plenitude, formas de sociabilidade e socialização. Pautam essas trocas as demandas de uns e de outros, o reconhecimento e a diferença entre indivíduos em posições distintas, assimétricas, porém, sempre em movimento pendular, como nos ensina Elias. Não se trata, portanto, de apagamento de diferenças ou de simples exercícios de poder, mas, sim, de reafirmação e reconhecimento do eu e do outro, da alteridade e do laço social. O mínimo gesto, a palavra aparentemente sem significado, inventada ao acaso nos espaços de tratamento psiquiátrico, o chiste na aula de ginástica, o rabisco e o desenho no papel ou no muro, nos falam de um movimento em direção ao outro. O gesto e a voz captados pelas etnografias nos mostram aqui estes espaços e as relações neles estabelecidas como lugares de busca de significação para si, para a vida; revelam-nos o humano.

Se falo acima de reconhecimento e do estabelecimento de laços, as etnografias apresentadas no livro nos permitem compreender – porque desvelam – os processos de socialização entre os que “habitam” os serviços de saúde. São claros e muito precisos os exemplos apresentados: do simples balcão da drogaria, onde pesquisadoras observam o atendimento de mulheres em busca de Contraceptivos de Emergência (CE), ao trabalho dos Médecins du Monde (MDM), em alguma rua de Paris, atendendo imigrantes clandestinos e moradores de rua. Sem esquecer, é claro, das mulheres etnografadas em preparação para o parto humanizado, os “doentes mentais” nos Centros de Atenção Psicossocial. Todos têm em comum a dimensão da sociabilidade, da relação entre

humanos, em que pesem as condições sociais muitas vezes tão desiguais e adversas.

Em todas as situações estudadas, nos encontramos diante daquilo que Strauss expõe de forma simples, mas rigorosa: a “socialização na vida adulta”. Trata-se, assim, de pensar, com as etnografias apresentadas, que um projeto humano é sempre possível. E, dessa forma, partindo da sociabilidade em situações-limite, com identidades muitas vezes rompidas, o indivíduo caminha no sentido da socialização não só possível, mas desejada, e da reconstrução de si. Se a fragmentação do sujeito é ponto de partida na maioria dos trabalhos apresentados, produzir significados está na raiz das situações tomadas para estudo. Revelar estes significados é o que fazem as etnografias. Os limites da velhice,

no estudo sobre uma academia de ginástica ao ar livre – também com muitos limites –, nos revelam a possibilidade a que me referi acima. Os velhos em movimento encarnam o desejo de nova vida, de mais vida, o desejo de reinventar-se para si e para o mundo. É assim com todas as etnografias bem construídas, desvendar o desejo pela reinvenção de si e do cotidiano para quem o vive e para quem o etnografa. E, por que não, para quem as lê?

Assim, Etnografias em Serviços de Saúde tece, com muita habilidade e rigor etnográfico, os meandros das vidas que atravessam os serviços de saúde. Aí reside sua importância, seu valor, ao testemunhar e dar voz a sujeitos emudecidos pela racionalidade científica que os relega à condição de indivíduos sem direito à alteridade.

Submetido em 28/03/15. Aprovado em 18/11/15.

Multiplicando os gêneros nas práticas em saúde

Multiplying genders in health practices

Multiplicando los géneros en las prácticas de salud

Alexandre Costa Val^(a)
 Gabriela de Lima Gomes^(b)
 Fernando Machado Vilhena Dias^(c)

Introdução

Apresentamos um breve relato sobre a experiência do evento “Multiplicando os Gêneros nas Práticas em Saúde”, criado, inicialmente, a partir da parceria dos cursos de medicina das Universidades Federais de Ouro Preto (UFOP) e de São João del-Rei (UFSJ).

Os estudantes e profissionais da saúde, frequentemente, sentem-se despreparados e embaraçados ao lidarem com crenças, mitos ou tabus que envolvem as sexualidades dos seus pacientes¹. Lacunas na formação desses profissionais constituem entraves para a mudança desse cenário. De forma geral, o tema tende a ser tratado pelo viés da matriz biológica dos corpos, reforçando a crença em entidades dicotômicas, naturalizadas e predefinidas.

A despeito das indicações das diretrizes nacionais para elaboração dos currículos médicos, habitualmente, a inserção desse conteúdo ocorre de forma fragmentada. Na prática, prioriza-se uma visão organicista, sem estabelecer qualquer diálogo com outros campos do saber^{2,3}. Erros no diagnóstico, fragilização na relação com os pacientes e uma qualidade assistencial prejudicada são algumas das consequências da abordagem superficial do tema na graduação.

A criação de espaços de discussão envolvendo variadas disciplinas, incluindo as ciências humanas, as ciências sociais aplicadas e as artes, surge como uma resposta adequada para um assunto complexo em uma sociedade pluralizada e diversa⁴. Esse tipo de iniciativa é, no entanto, ainda pouco usual nos cursos de medicina.

Entendemos que esse relato pode contribuir para a fomentação de iniciativas como essa. Em nosso contexto, o pioneirismo da proposta permitiu um intercâmbio legítimo entre diversos atores sociais e disciplinas, aproximando questões relativas à diversidade dos gêneros ao campo da saúde. Esse evento constituiu, originariamente, um espaço aberto para que, a partir das vivências

^(a,c) Escola de Medicina, Departamento de Saúde Mental, Universidade Federal de Ouro Preto. Campus Morro do Cruzeiro, s/n, Bauxita. Ouro Preto, MG, Brasil. 35400-000. alecostaval@yahoo.com.br; fernandomvdias@hotmail.com

^(b) Departamento de Museologia, Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, MG, Brasil. gabiligo@gmail.com

práticas, pudéssemos articular novas perspectivas para uma formação mais ampla, integrada e apoiada na construção crítica do conhecimento.

O evento

Tutorados por docentes, os alunos das ligas acadêmicas de saúde mental dos cursos de medicina, a partir de suas vivências e pesquisas teóricas, elegeram temas relacionados aos gêneros e às sexualidades para discussões sistemáticas ao longo do semestre. A ideia de se criar um evento para trocar as experiências e questionamentos advindos desses encontros estava lançada. Não tardou para que surgissem diálogos com as ciências sociais aplicadas. O envolvimento dos alunos do departamento de museologia da UFOP, tutorados por docente, possibilitou uma interface com o campo das artes, ampliando as propostas de formatação do evento.

A interação, protagonizada, sobretudo, pelos alunos da medicina e da museologia, inicialmente marcada pelas especificidades do campo de cada um, aos poucos, se constituiu como um intercâmbio de discursos, tarefas e funções. A organização da logística do evento e a concepção do cerimonial, a criação do site^(d) e dos materiais de divulgação, a seleção das obras e dos filmes e a participação ativa nos debates ocorreram em um ambiente onde já não predominavam as especialidades, mas o “saber-fazer” de cada um.

O evento ocorreu em Ouro Preto - Minas Gerais, cidade marcada pela estrutura barroca e por um ambiente acadêmico tradicional em que o tema até então era pouco discutido. Entre os dias 18 de maio e 21 de junho de 2015, foram programadas intervenções com o propósito de sensibilizar todos os participantes em relação à complexidade de um cenário formado por múltiplas e, por vezes, inclassificáveis identidades de gêneros e modos de vivenciar as sexualidades.

^(d) O site do evento pode ser visto no link: <https://multiplicandogeneros.wordpress.com>



Fotografia: Gabriela de Lima Gomes

Imagem 1. Equipe da Empresa Júnior de Museologia trabalhando na montagem da Exposição Entre Elxs.

A programação teve início com a abertura da exposição *Entre Elxs*. Esta criou um espaço aberto e interativo de diálogo com o público, apresentando uma seleção de obras que versavam sobre as diversas possibilidades de criações dos gêneros e dos corpos no contemporâneo, a partir de apropriações singulares de diferentes realidades sociais, históricas e relacionais.

Fotografia: Gabriela de Lima Gomes



Imagem 2. Exposição *Entre Elxs*, Sala Ivan Marquetti, Galeria de Arte do GLTA, Ouro Preto, MG.

Essa iniciativa, coordenada pela museologia, esteve associada a atividades dialógicas de educação em saúde, voltadas para os estudantes do Ensino Médio da rede pública de educação. Estes, ao se depararem com as obras e com as ações preparadas para a mediação do tema, desenvolveram reflexões sobre a diversidade humana, que, conforme observaram vários de seus professores, serviram como ferramentas de apoio para desfazer preconceitos e trabalhar a violência direcionada às minorias.



Imagem 3. Home, Sweet Home, Domingos Mazzilli, 2007. A obra vem acompanhada de uma placa com os seguintes dizeres: "Se você for homem, retire a tampa e deixe a Branca de Neve respirar por alguns segundos".

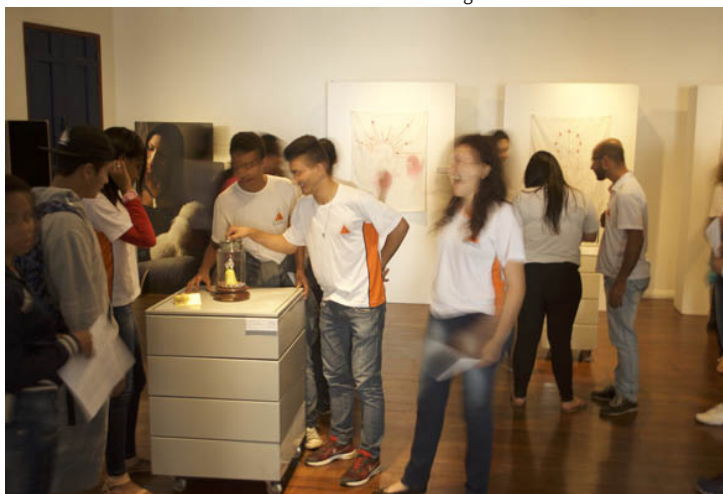


Imagem 4. Atividade educativa na *Exposição Entre Elxs* com alunos do 3º ano do 2º grau da Escola Estadual Dom Silvério - Mariana, MG.

Além disso, o cinema da cidade apresentou uma mostra de filmes aberta à comunidade, seguida de debates coordenados por docentes e discentes. A participação inusitada daqueles que transitavam pelo local contribuiu sobremaneira para o enriquecimento dessa atividade. O estatuto do corpo e da pele no contemporâneo, assim como as novidades biotecnológicas do século XXI e as discussões correlatas sobre bioética, foram alguns dos pontos ressaltados na conversa sobre o filme *A pele que habito* (Pedro Almodovar, 2011). Em uma viagem por espaços pouco explorados na floresta Amazônica, uma das diretoras do documentário *Korubo: uma etnia sem fronteiras* (Mariana Fagundes, Luís Abramo e Ernesto Solis, 2013) nos apresentou a história do povo indígena Korubo, recém contactado e marcado pela escassez de mulheres para garantir a reprodução e manutenção da tribo. A importância da mulher nessa cultura, o anseio pelas novas tecnologias descobertas e a criatividade diante do caos serviram como pontes para o debate a respeito de nossa sociedade atual.



Imagem 5. Imagem de divulgação do filme *Korubo*, 2013.

A mostra foi encerrada com o filme *Meninos não choram* (Kimberly Peirce, 2000), trazendo, para a cena, a discussão, conduzida pelos alunos de medicina, sobre os homens transexuais, que ainda encontram pouca visibilidade no imaginário popular.

Valendo-se de diversificados recursos audiovisuais e literários, a oficina *Questões sobre gênero e imagem etnográfica* conduziu os participantes por um caminho em que se abordou a história do erotismo, das sexualidades e dos gêneros. Ícones da fotografia, como Nan Goldin, estiveram presentes nessa trajetória. O convívio íntimo, mas não invasivo, dessa fotógrafa com casais que protagonizaram o ensaio *The ballad of sexual dependency* (1985) estimulou uma interessante conversa a respeito da arte, dos corpos contemporâneos e do cotidiano das pesquisas qualitativas em saúde.



Imagem 6. Gilles and Gotscho Embracing. Nan Goldin, 1992.
Disponível em: <https://www.flickr.com/photos/bohemea/5997174971>

O simpósio se constituiu como o ponto-chave para as articulações do evento. Foi composto por quatro mesas de debates, envolvendo mais de 200 profissionais e estudantes de diversos campos do saber. Na mesa de abertura, localizou-se o referencial teórico que sustentaria as demais discussões. Partindo das perspectivas da psiquiatria, da psicanálise, da psicologia e da antropologia, os palestrantes trabalharam alguns termos como: sexo, sexualidade, gênero, desejo, orientação sexual, performatividade e incorporação (*embodiment*). Situações que estão cada vez mais presentes em nossa sociedade, como, por exemplo: os exames propedêuticos para se descobrir o sexo genético ou anatômico do feto, a doação de óvulos e os preconceitos em relação às variadas formas de se vivenciar as sexualidades, pavimentaram o debate. O arsenal teórico-conceitual que envolve as tentativas de criação de uma “ciência da sexualidade” parece culminar, em última instância, no fenômeno de medicalização dos corpos e da vida. No entanto, sempre há algo que escapa às investidas de teorização, normatização ou classificação, gerando impasses e controvérsias.

Na mesa *A apropriação dos gêneros pelo discurso biomédico*, a discussão foi retomada a partir de uma análise do discurso das produções norte-americanas sobre sexo e gênero entre os anos de 1950 e 1970. A fragilidade das políticas e práticas em saúde voltadas para os homens foi abordada como um paradigma que revela a insuficiência do discurso biomédico, que prioriza as matrizes

biológicas dos corpos para alcançar certos grupos. Outra situação – não menos emblemática – é a adolescência. Essa foi tratada a partir do caso de Herculine, também chamada Alexine Barbin⁵. Atravessando de uma margem a outra, de um sexo ao outro, sua ambiguidade sexual, concreta, pôde ser lida como uma condição característica da puberdade, fase em que a desarmonia entre organismo e natureza se apresenta de forma evidente. No relato de Alexine, escrito quando ela tinha 25 anos, pronomes masculinos e femininos se alternam, revelando alguém sem lugar no mundo, aprisionado em um “entre dois”. Um aprisionamento sustentado pelo discurso biomédico que, ao desconsiderar o sujeito, parece contribuir para um desfecho trágico: o suicídio.

Fotografia: Rodrigo Mogiz



Imagem 7. Martírio Juvenil, desenho e bordados em tecido, Rodrigo Mogiz, 2003.

A tentativa de circunscrever algo da ordem sexual também se faz presente nas novas e velhas classificações da psiquiatria. As nomeações como “transtorno de identidade de gênero” e “disforia de gênero” foram examinadas à luz das novas propostas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais V (DSM V) na mesa *Saúde mental e gêneros*. O desconforto – sempre presente – na forma em que cada um de nós vivencia as próprias sexualidades levantou um questionamento pertinente: “Temos todos, em alguma medida, algo dessa disforia?” A ênfase dada à diversidade de gênero dentro de discursos da degeneração moral e da patologia foi deslocada para a potencialidade do discurso das diversidades em promover a saúde (mental). Uma sociedade em que as singularidades e diferenças podem ser acolhidas pressupõe a suspensão de hierarquias, segregações ou discriminações. Isso cria um contexto para que cada sujeito possa agenciar o seu desejo, conectando-se ao coletivo de uma forma mais saudável.

Em meio a esses debates, os participantes foram surpreendidos com dois performers vestidos com malhas que apagavam as características sexuais e que, explorando as possibilidades e tentativas de expressão performática do prefixo “t.r.a.n.s”, conduziram a plateia pelas charmosas ruas da cidade histórica em direção à exposição Entre Elxs para um pequeno intervalo. A intervenção *T.R.A.N.S: um prefixo para todos e para ninguém?* cativou a todos com seus movimentos poéticos, performáticos e musicais, “trans-formando” a paisagem do simpósio.

Fotografia: Gabriela de Lima Gomes



Imagem 8. T.R.A.N.S: um prefixo para todos e para ninguém? Performance executada no centro de Ouro Preto pelos artistas Leandro Acácio, Luciana Tanure e Renata Queiroz, envolvendo os participantes do simpósio.

A mesa *Transgeneralidades* encerrou o simpósio. Tomando as transexualidades como paradigmas, o processo de patologização dessa condição foi discutido a partir da realidade dos movimentos desses sujeitos no Sistema Único de Saúde. A compulsoriedade da psicoterapia e a exigência de um laudo médico-psiquiátrico que chancelasse as intervenções foram questionadas. Desconsiderando a singularidade e as saídas que cada um encontra diante desse impasse, a lógica médico-psiquiátrica impõe a necessidade de que os sujeitos se posicionem, novamente, dentro das categorias dicotômicas preestabelecidas. Alternativas da despatologização foram apontadas de forma criteriosa para se evitar a falta de assistência. Uma delas, por exemplo, foi a inscrição dessas pessoas nas categorias que se referem às condições de vida que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços (representado pela letra Z na Classificação Internacional da Doenças - CID). A discussão não deixou de abarcar o paradoxo do tamanho controle no campo das intervenções voltadas para os transexuais em uma sociedade em que o excesso de interferências corporais – como as cirurgias plásticas estéticas – é regulado de forma bastante frouxa. Por fim, a necessidade de se respeitar o tempo, as invenções e criações de cada sujeito foi destacada como elemento essencial para qualquer prática em saúde.



Fotografia: Felipe Ferreira

Imagem 9. Divine. Domingos Mazzilli, 2014. Compôs a ambientação do Cine Vila Rica, local em que aconteceu o *Simpósio Multiplicando Gêneros nas Práticas em Saúde*.

Considerações finais

A interdisciplinaridade presente no simpósio “Multiplicando os Gêneros nas Práticas em Saúde” sustentou uma discussão aprofundada e reflexiva sobre uma temática complexa que exige, de saída, o envolvimento de várias perspectivas. Tratou-se de uma construção coletiva que envolveu alunos do Ensino Médio, do Ensino Superior, profissionais das mais diversas áreas do saber e muitos outros atores sociais. Esse encontro, permeado tanto pelas práticas em saúde como pelos discursos disciplinares

e suas formas de expressão acadêmica, deu origem a diversas mediações de natureza não apenas teórica, mas, também, política, social e cultural. Entre elas, citamos: o engajamento de alguns estudantes em projetos de pesquisa e extensão relacionados ao tema; a demanda para que o assunto seja incluído nas atividades curriculares; o comprometimento de parte da comunidade acadêmica em questões relacionadas à aceitação das diversidades^(e), e a sensibilização de professores quanto às possibilidades de abordagem das sexualidades em formatos menos artificiais e distanciados da realidade. De nossa parte, os desdobramentos incluíram a organização de um livro com os textos produzidos ao longo do processo e o desejo de repetir essa experiência.

^(e) A época do evento coincidiu com um momento em que as denúncias de homofobia nas repúblicas e no meio acadêmico da UFOP ganhavam maior visibilidade. Além disso, ocorreu a regulamentação da utilização do nome social, considerando a identidade de gênero, na universidade.

Ao final, a construção possível não poderia ser outra: diante da multiplicidade de formas de existência do ser humano, definitivamente, não cabe a normatização. Cada um encontra uma saída mais ou menos cômoda que deve ser acolhida de forma a evitar a ruptura das conexões possíveis com o coletivo.

Fotografia: Fernando Torres



Imagem 10. Elas, Madalenas. Lucas Ávila, 2014. O artista acompanhou o cotidiano de transgêneros durante três anos na cidade de Belo Horizonte. O tamanho ampliado das fotos causou impacto naqueles que visitaram a exposição.

Essa experiência mostra a potencialidade de apropriação da polifonia discursiva sobre os gêneros e das sexualidades nas práticas em saúde – sejam elas de educação ou de assistência – para o desenvolvimento de situações favoráveis para mudanças em um contexto social mais amplo.

Fotografia: Fernando Torres



Imagem 11. Elas, Madalenas. Lucas Ávila, 2014.

Colaboradores

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

Referências

1. Vicente LM, Vieira EM. O conhecimento sobre a violência de gênero entre estudantes de Medicina e médicos residentes. *Rev Bras Educ Med.* 2009; 33(1):63-71.
2. Resolução no 3, de 20 de Junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. *Diário Oficial da União.* 20 Jun 2014.
3. Silva MCBA. Sentidos da diversidade sexual entre estudantes de medicina [dissertação]. Uberlândia (MG): Universidade Federal de Uberlândia; 2014.
4. Rufino AC, Madeiro AP, Giraó MJBC. O Ensino da sexualidade nos cursos médicos: a percepção de estudantes do Piauí. *Rev Bras Educ Med.* 2013; 37(2):178-85.
5. Foucault M. *Herculine Barbin chamada Alexina B.* 2a ed. Madrid: Talasa Ediciones; 2007.

Submetido em 29/07/15. Aprovado em 16/12/15.

**CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/SCIENTIFIC
EDITORIAL BOARD/CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO**

Adriana Kelly Santos, UFV
Afonso Miguel Cavaco, Universidade de Lisboa, Portugal
Alcindo Ferla, UFRGS
Alain Ehrenberg, Université Paris Descartes, France
Alejandra López Gómez, Universidad de la Republica
Uruguai, Uruguai
Ana Lúcia Coelho Heckert, UFES
Ana Teresa de Abreu Ramos-Cerqueira, Unesp
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ
Andrea Caprara, UECE
António Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBA
Carolina Martinez-Salgado, Universidad Autónoma
Metropolitana, México
César Ernesto Abadia-Barrero, Universidad Nacional de
Colombia, Colômbia
Charles Briggs, UCSD, USA
Cleoni Maria Barbosa Fernandes, PUCRS
Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Unesp
Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Elisabeth Meloni Vieira, USP
Eunice Nakamura, Unifesp
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
George Dantas de Azevedo, UFRN
Geórgia Sibebe Nogueira da Silva, UFRN
Graça Carapineiro, ISCTE, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPr
Gustavo Nunes de Oliveira, UnB
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Isabel Fernandes, Universidade de Lisboa, Portugal
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, UFCE
Jairnilson da Silva Paim, UFBA
Jesús Arroyave, Universidad del Norte, Colômbia
Joana Raquel Santos de Almeida, University of London,
Inglaterra
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
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
Marcelo Viana da Costa, UERN
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
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
Raquel Rigoto, UFCE
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
Rosana Teresa Onocko Campos, Unicamp
Roseni Pinheiro, UERJ
Russel Parry Scott, UFPE
Sandra Noemí Cucurullo de Caponi, UFSC
Stela Nazareth Meneghel, UFRGS
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Unifesp
Tiago Rocha Pinto, EMCM/RN
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
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