



 interface

comunicação, saúde e educação

2016: 20(59) ISSN 1807-5762

UNESP

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

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

Interface - Comunicação, Saúde, Educação es una publicación interdisciplinar, trimestral, de Unesp – Universidad Estadual Paulista (Laboratorio de Educación y Comunicación en Salud, Departamento de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas, 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 Pithon Cyrino, Unesp

EDITORES/EDITORS/EDITORES

Denise Martin Covielo, Unifesp

Líliá Blima Schraiber, USP

EDITORA SENIOR/SENIOR EDITOR/EDITORA SENIOR

Miriam Celí Pimentel Porto Foresti, Unesp

EDITORA JÚNIOR/JUNIOR EDITOR/EDITORA JUNIOR

Francini Lube Guizardi, Fiocruz

EDITORES ASSISTENTES/ASSISTANT EDITORS/EDITORES ASSISTENTES

Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira, USP

Claudio Bertolli Filho, Unesp

Vera Lúcia Garcia, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS/EDITORES ASSOCIADOS

Alejandro Goldberg, UBA, Argentina

Ana Domínguez Mon, UBA, Argentina

Angelica Maria Bicudo, Unicamp

Charles Dalcanale Tesser, UFSC

Cássio Silveira, FCM, Santa Casa

Chiara Pussetti, Universidade de Lisboa, Portugal

Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, UFRGS

Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp

Elisabeth Lima, USP

Elisabeth Meloni Vieira, USP

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, USP

Janine Miranda Cardoso, FioCruz

Joana Raquel Santos de Almeida, Universidade de Londres, Inglaterra

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

Rosamária 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 RESENHAS

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

Juliana Araújo Silva, Unesp

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

Editoração Eletrônica/Journal design and layout/Editoración electrónica

Adriana Ribeiro

PRODUÇÃO EDITORIAL/EDITORIAL PRODUCTION/PRODUCCIÓN EDITORIAL

Assistente administrativo/Administrative assistant/Asistente administrativo

Juliana Freitas Oliveira

Normalização/Normalization/Normalización

Enilze de Souza Nogueira Volpato

Luciene Pizzani

Rosemary Cristina da Silva

Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos

Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potugués)

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

Cazzinelli MF, Fernandes MM, Soares AN, Barroso VG, Significando singularidades, 2014



Interface - comunicação, saúde, educação/
UNESP, 2016; 20(59)
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

- 835 A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde
Eymard Mourão Vasconcelos; Pedro José Santos Carneiro Cruz; Ernande Valentin do Prado

artigos

- 839 Percepciones comunitarias relativas a la prevención del dengue en asentamientos humanos afectados. Lima-Perú, 2015
Gloria Carmona; Luis Fernando Donaires
- 853 Violências percebidas por homens adolescentes na interação afetivo-sexual em dez cidades brasileiras
Fátima Cecchetto; Queiti Batista Moreira Oliveira; Kathie Njaine; Maria Cecília de Souza Minayo
- 865 Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras
Suely Ferreira Deslandes; Luiza Jane Eyre de Souza Vieira; Ludmila Fontenele Cavalcanti; Raimunda Magalhães da Silva
- 879 A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil
Mariana Teixeira Konder; Gisele O'Dwyer
- 893 Pacientes difíceis na atenção primária à saúde: entre o cuidado e o ordenamento
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli; Deisy Vital dos Santos; Mariana Cabral Schweitzer
- 905 Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa
Heloise Fernandes Agreli; Marina Peduzzi; Mariana Charantola Silva
- 917 Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança
Valquiria Farias Bezerra Barbosa; Sandra Noemi Cucurullo de Caponi; Marta Inez Machado Verdi
- 929 Tecitura do vínculo em saúde na situação familiar de adoecimento crônico
Juliana de Lima Soares; Laura Filomena Santos de Araújo; Roseney Bellato; Elen Petean
- 941 Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes
Rosilei Teresinha Weiss Baade; Edison Bueno
- 953 "Mata de tristeza!": representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Iolanda Szabo; Elaine Reis Brandão
- 967 *De patológicos a higiênicos*: os lares modernos e a imprensa no Brasil pós-Segunda Guerra Mundial
Elizabeth Mayumy Kobayashi; Gilberto Hochman
- 981 Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização): por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS)
Michele de Freitas Faria de Vasconcelos; Célia Adriana Nicolotti; Jeane Felix da Silva; Sônia Maria Lievori do Rego Pereira

- 993 A parresia como experiência formativa voltada aos profissionais da saúde
Renata Maraschin; Jarbas Dametto
- 1005 A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe
Cláudia Maria de Oliveira; Nildo Alves Batista; Sylvia Helena Souza da Silva Batista; Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
- 1015 Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde
Carine Vendruscolo; Fabiane Ferraz; Marta Lenise do Prado; Maria Elisabeth Kleba; Kenya Schmidt Reibnitz
- 1027 Ambiente, saúde e trabalho: temas geradores para ensino em saúde e segurança do trabalho no Acre, Brasil
Josina Maria Pontes Ribeiro; Tania Cremonini de Araújo-Jorge; Vicente Bessa Neto
- 1041 Formação em cuidados paliativos: experiência de alunos de medicina e enfermagem
Álvaro Percínio Costa; Kátia Poles; Alexandre Ernesto Silva

espaço aberto

- 1053 Oficinas e jogos eletrônicos: produção de saúde mental?
Carlos Baum; Cleci Maraschin
- 1063 Pontos, conexões e costuras: tecendo uma experimentação a partir da pedagogia científica de Bachelard
Maria Flávia Gazzinelli; Marconi Moura Fernandes; Amanda Nathale Soares; Viviane Gonçalves Barroso

entrevistas

- 1077 TDAH, educação e cultura: uma entrevista com Iliana Singh (Parte 1)
Luís Henrique Sacchi dos Santos; Claudia Rodrigues de Freitas

resenhas

notas breves

- 1093 Farmacêuticos integrando equipes de cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS): uma reflexão coletiva na cidade de São Paulo
Claudia Fegadolli; Cibele de Toledo Câmara Neder; Dirce Cruz Marques; Sandra Maria Spedo; Nicanor Rodrigues da Silva Pinto; Ivette Reyes Hernandez

criação

- 1099 Formas, fôrmas e fragmentos: uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas, quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico
Aline Veras Morais Brilhante; Cláudio Moreira

editorial

- 835 The Popular Education's contribution to professional education in health
Eymard Mourão Vasconcelos; Pedro José Santos Carneiro Cruz; Ernande Valentin do Prado

articles

- 839 Community perceptions about dengue prevention in human settlements. Lima-Perú, 2015
Gloria Carmona; Luis Fernando Donaires
- 853 Violence as perceived by adolescent males in the affective-sexual interaction, in ten Brazilian cities
Fátima Cecchetto; Queiti Batista Moreira Oliveira; Kathie Njaine; Maria Cecília de Souza Minayo
- 865 Health care of children and adolescents in situation of sexual violence, in four Brazilian capitals
Suely Ferreira Deslandes; Luiza Jane Eyre de Souza Vieira; Ludmila Fontenele Cavalcanti; Raimunda Magalhães da Silva
- 879 The integration of the Emergency Care Units (UPA) with healthcare services in the city of Rio de Janeiro, Brazil
Mariana Teixeira Konder; Gisele O'Dwyer
- 893 Difficult patients in primary health care: between care and order
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli; Deisy Vital dos Santos; Mariana Cabral Schweitzer
- 905 Patient centred care in interprofessional collaborative practice
Heloise Fernandes Agreli; Marina Peduzzi; Mariana Charantola Silva
- 917 Mental health care, risk and territory: crosscutting issues in the context of safety society
Valquiria Farias Bezerra Barbosa; Sandra Noemi Cucurullo de Caponi; Marta Inez Machado Verdi
- 929 Weaving of the health bond on the family situation of chronic illness
Juliana de Lima Soares; Laura Filomena Santos de Araújo; Roseny Bellato; Elen Petean
- 941 Co-construction of the healthcare autonomy for person with diabetes
Rosilei Teresinha Weiss Baade; Edison Bueno
- 953 "Sadness kills!": Social representations of people who have vitiligo assisted in the pharmacy of the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil
Iolanda Szabo; Elaine Reis Brandão
- 967 *From pathological to hygienic*: the modern homes and the printed press in Brazil in the post-Second World War
Elizabete Mayumi Kobayashi; Gilberto Hochman
- 981 In-between policies (CEH - Continuing Education in Health and NHP - Humanization National Policy): towards a way to educate in/for the Brazilian National Health System (SUS)
Michele de Freitas Faria de Vasconcelos; Célia Adriana Nicolotti; Jeane Felix da Silva; Sônia Maria Lievori do Rego Pereira
- 993 The parrhesia as a formative experience dedicated to healthcare professionals
Renata Maraschin; Jarbas Dametto
- 1005 The writing of narratives and the development of collaborative practices for teamwork
Cláudia Maria de Oliveira; Nildo Alves Batista; Sylvia Helena Souza da Silva Batista; Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
- 1015 Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education
Carine Vendruscolo; Fabiane Ferraz; Marta Lenise do Prado; Maria Elisabeth Kleba; Kenya Schmidt Reibnitz
- 1027 Environment, health and work: generating subjects for education in health and safety at work in Acre, Brazil
Josina Maria Pontes Ribeiro; Tania Cremonini de Araújo-Jorge; Vicente Bessa Neto
- 1041 Palliative care education: experience of medical and nursing students
Alvaro Percínio Costa; Kátia Poles; Alexandre Ernesto Silva

open space

- 1053 Workshops and video games: mental health production?
Carlos Baum; Cleci Maraschin
- 1063 Points, connections and seams: weaving an experiment from Bachelard's the scientific pedagogy
Maria Flávia Gazzinelli; Marconi Moura Fernandes; Amanda Nathale Soares; Viviane Gonçalves Barroso

interviews

- 1077 ADHD, education and culture: an interview with Iliana Singh (Part 1)
Luís Henrique Sacchi dos Santos; Claudia Rodrigues de Freitas

reviews

- 1087

brief notes

- 1093 Pharmacists as part of mental health care teams in the Brazilian National Health System (SUS): a collective reflection in the city of São Paulo
Claudia Fegadolli; Cibele de Toledo Câmara Neder; Dirce Cruz Marques; Sandra Maria Spedo; Nicanor Rodrigues da Silva Pinto; Ivette Reyes Hernandez

creation

- 1099 Forms, formers and fragments: performance and auto-ethnographic exploration of gaps, breaches and cracks in academic knowledge production
Aline Veras Morais Brilhante; Cláudio Moreira

A contribuição da Educação Popular para a formação profissional em saúde

No campo educacional brasileiro, o setor saúde tem se destacado pela amplitude e radicalidade das mudanças em relação aos processos pedagógicos voltados para a formação de seus profissionais, tanto no ensino técnico e universitário como nas ações educativas para os trabalhadores de suas políticas públicas.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, oportunizou-se uma grande expansão de serviços de atenção primária à saúde, cujos serviços estão muito inseridos na dinâmica da vida comunitária. Isso tem demandado novas necessidades de abordagem e ação profissional, bem como tem desvelado, de maneira mais contundente, pressões e demandas da população que a tradição teórica e prática das diversas profissões de saúde não está preparada para responder. Insatisfações, cobranças e insuficiências quanto aos modos de agir em saúde no cotidiano dos serviços e territórios criaram um clima cultural e político propício para a expansão de muitas iniciativas e propostas de mudança no ensino.

O Ministério da Saúde (MS) foi provocado, como nenhum outro setor das políticas sociais, a intervir diretamente nos currículos dos cursos universitários e técnicos, que antes eram orientados apenas pelas intervenções do Ministério da Educação. Nesse processo, houve incentivo para que secretarias estaduais e municipais de saúde passassem a investir amplamente em processos formativos, que passaram a se orientar pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no SUS.

Tanto no ensino universitário e técnico, quanto nas ações formativas para os profissionais dos serviços, assistiu-se a uma ampla difusão de inovações metodológicas das práticas pedagógicas e formativas, com grande valorização do que se passou a denominar, de maneira genérica, como metodologias ativas e problematizadoras. Na maioria das vezes, as práticas educativas que utilizam essa denominação pouco valorizam uma leitura crítica da realidade concreta onde os educandos estão inseridos e nem priorizam o debate e a explicitação dos interesses e das intencionalidades políticas presentes nas questões discutidas. A desvalorização dessa discussão mais ampla é conveniente para grupos interessados em fazer mudanças apenas operacionais das práticas profissionais, buscando, sobretudo, o aumento da eficácia técnica às novas demandas sem questionar os contextos, objetivos e interesses institucionais.

Apesar da grande difusão das metodologias ativas e problematizadoras, é ainda dominante, nas práticas educativas concretas do SUS, uma pedagogia centrada na difusão autoritária de informações e condutas, realizada sem mesmo esta preocupação de renovação metodológica acrítica e que Paulo Freire denominaria de educação bancária. Nela, profissionais de saúde e gestores se veem como portadores de verdades que precisam ser inculcadas e generalizadas na população e nos profissionais subalternos. São práticas pedagógicas que se reproduzem a partir da falta de investimento no estudo crítico dos desafios pedagógicos presentes no trabalho em saúde.

Mas vêm crescendo o debate e a constituição de ações mais elaboradas de educação permanente no SUS, em que tem predominado a visão de autores articulados, sobretudo, pela linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e do Cuidado em Saúde. Esse predomínio teórico e político tem gerado, muitas vezes, a noção de que há uma equivalência entre ela e o conceito de educação permanente. Internacionalmente, no entanto, o conceito de educação

permanente é campo de disputa de várias correntes pedagógicas e políticas. A percepção dessa equivalência só existe na saúde pública brasileira.

O movimento de renovação do ensino universitário e técnico por meio de metodologias ativas e problematizadoras tem acontecido, sobretudo, por meio da concepção educativa denominada Pedagogia Baseada em Problemas (PBL). É uma corrente pedagógica centrada no ensino mais dinâmico de conhecimentos considerados importantes, mas que desvaloriza a discussão crítica dos contextos mais gerais implicados no ensino e no trabalho em saúde

Até recentemente, a Educação Popular (EP) vinha sendo pouco considerada no debate conceitual sobre educação permanente e reorientação curricular dos cursos de graduação e técnicos do setor saúde. Tal fato se deve, em parte, pelo predomínio da noção de que a EP se orienta apenas para ações educativas voltadas para o público popular. Contudo, o termo Popular não se refere ao público a que se destina a prática formativa, mas, sim, aos pressupostos éticos, à perspectiva política e às abordagens metodológicas que a orientam. Refere-se à valorização dos saberes e das iniciativas dos educandos nos processos educativos, sobretudo pela construção compartilhada do conhecimento, com o compromisso explícito de fortalecimento do protagonismo das classes populares para o enfrentamento das iniquidades e situações de exclusão social, para a construção de uma sociedade justa, solidária e democrática.

A EP é uma proposta teórica e prática de condução de processos pedagógicos, consolidada na América Latina a partir da década de 1960, que foi muito importante para a formação de lideranças do movimento político que tomou a frente do processo de criação do SUS e da luta por seu aprimoramento. Vem orientando inúmeras práticas de atenção em saúde e ações de movimentos sociais que se relacionam com os serviços, buscando sua ampliação, seu aperfeiçoamento e sua construção cotidiana de modo integrado à dinâmica comunitária, de modo valorativo dos saberes, das práticas e das prioridades das pessoas em seus contextos territoriais. Recentemente, passou a se ocupar, também, com o repensar da formação dos profissionais de saúde.

No movimento nacional de educadores populares da saúde, especialmente na Rede de Educação Popular e Saúde (<http://www.redepopsaude.com.br/>), têm sido crescentemente divulgadas e refletidas experiências educativas voltadas para formar doutores e técnicos do setor saúde, como as publicadas em livros¹⁻³, e em vários artigos, alguns dos quais publicados pela Interface, em especial, no suplemento sobre educação popular em saúde^(a).

Nas universidades, iniciativas de extensão orientadas pela EP têm se fortalecido e já constituíram um movimento próprio, a Articulação Nacional de Extensão Popular – ANEPOP (<http://www.extensaopopular.blogspot.com>) com importantes publicações⁴⁻⁶. Disciplinas dos cursos de graduação começam a buscar na EP inspiração para se organizarem.

Construída a partir de reivindicações e propostas dos vários movimentos nacionais de Educação Popular em Saúde, por meio do Comitê Nacional de Educação Popular em Saúde, a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS-SUS) foi oficializada em 2013⁷, e tem gerado muitas iniciativas de educação permanente no SUS, como o Programa de Qualificação em Educação Popular em Saúde EdpopSUS (<http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/>) e o Projeto de Pesquisa e Extensão VEPOP-SUS: Vivências de Extensão em Educação Popular e Saúde no SUS (www.vepopsus.blogspot.com), cuja ação é nacional, com equipe executiva ancorada na UFPB. Por meio da PNEPS-SUS, o MS tem também produzido publicações para fortalecer a concepção de EP no SUS, como os Cadernos de Educação Popular em Saúde (<http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/>

^(a) Interface (Botucatu). 2014; 18 Supl 2, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601155&lng=pt&nrm=iso&tng=pt

resource/pt/mis-36844). Em vários estados brasileiros estão se formando comitês estaduais de EP para incentivar que secretarias de saúde valorizem a EP em suas políticas de educação permanente.

Mas em que a EP contribui para a formação profissional?

Para avançar nesta questão, foi organizado em João Pessoa, no mês de novembro de 2014, o I Seminário Nacional de Educação Popular na Formação em Saúde (<http://seminarioepsformacao.blogspot.com.br/>). Desde então, o tema passou a ser mais enfatizado nas iniciativas do movimento da EP em saúde, com organização de mesas-redondas, cursos, oficinas e palestras em vários congressos da saúde coletiva brasileira.

Para a EP, a problematização deixa de ser apenas uma estratégia didática, ou, mesmo, um jeito dinâmico de ensinar, para ser um desafio de pesquisa compartilhada entre os educadores e educandos, comprometida com problemas concretos vividos no trabalho e na sociedade. Não é um recurso metodológico para facilitar o ensino de conteúdos predefinidos, mas um comprometimento com os desafios trazidos pela dinâmica de adoecimento e luta pela saúde das pessoas e da sociedade, em um contínuo processo de reflexão, ação, reflexão. Uma problematização aberta para o novo, o ainda não pensado, e que enfatiza o diálogo autêntico, ou seja, aquele que parte do reconhecimento, pelo educador, dos limites de seus conhecimentos diante dos desafios apresentados por educandos e pela realidade. Busca não apenas o aprendizado mais intenso de conhecimentos considerados previamente como significativos, mas o fortalecimento do protagonismo dos educandos visando à formação de uma sociedade participativa e democrática. A democracia é, também, construída pelo protagonismo cognitivo dos trabalhadores nas instituições e dos cidadãos.

Pela EP, as dinâmicas ativas de ensino passam a ter o sentido de ajudar a explicitar conhecimentos prévios, sentimentos, perplexidades e dúvidas sutis e ainda pouco elaboradas, numa perspectiva de valorização dos saberes e interesses dos educandos e da população, e não uma estratégia para tornar o ensino mais interessante e alegre. Enfatiza não apenas o diálogo entre professor e aluno, pois inclui, no processo de problematização, os saberes e reivindicações dos grupos sociais menos favorecidos e com menor oportunidade de formulação clara e firme de seus interesses e perspectivas. As discussões precisam buscar respostas não apenas internamente entre os envolvidos na prática profissional local, pois elas estão correlacionadas às dinâmicas políticas, econômicas e culturais mais gerais da sociedade, que necessitam ser valorizadas.

Esta concepção valoriza o processo de construção conjunta do conhecimento e das ações de saúde, respeitando a presença de elementos imprevisíveis de emoção e afeto, presentes no encontro humano que se dá no cuidado em saúde. Abre-se para a construção de novos caminhos e processos de cuidado por parte dos trabalhadores a partir de suas próprias iniciativas, capacidades e de seus anseios, de maneira autônoma e compartilhada com os usuários. Inclui, ainda, a possibilidade de questionamento dos arranjos organizacionais dos sistemas de saúde, negando-se a ser concebida como técnica ou tecnologia e, tampouco, almejando ser, obrigatoriamente, seguida como algo imposto ao profissional de saúde para o eficiente funcionamento do sistema.

O aperfeiçoamento das ações de educação permanente não pode ficar restrito ao debate de autores, correntes teóricas e experiências internas ao setor saúde. Trata-se de um debate que atravessa os vários setores das políticas públicas e os diversos continentes do planeta. É importante trazer, para o setor saúde, a experiência e os autores desses outros campos^(b).

^(b) Nesse sentido, ressaltamos os textos de Pedro Demo, Moacir Gadotti e Licínio Lima, disponíveis em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002446/244672POR.pdf>

Nos espaços de debates e reflexões ocorridos durante o I Seminário Nacional de Educação Popular na Formação em Saúde, priorizou-se o acolhimento e explicitação das diferentes concepções e perspectivas para a reorientação da formação profissional em saúde, em lugar de somente se enfatizar o pensamento próprio da EP. Abriu-se oportunidade para apresentação de pensadores de outras tradições pedagógicas, inclusive, representantes de órgãos governamentais, revelando a insistência do movimento de EP em propiciar debate crítico e reflexão conjunta e dialógica, sobre os vários caminhos de mudanças na formação profissional em saúde.

Desse modo, acreditamos que a inclusão do movimento da EP em saúde no debate sobre formação profissional está ajudando a explicitar essas diferentes concepções teóricas e políticas presentes no campo.

Este debate está apenas começando. A continuidade na realização de espaços conjuntos de reflexão entre os diferentes, assim como a sistematização de experiências com explicitação de seus aprendizados, limites e desafios, são passos fundamentais e atuais.

Eymard Mourão Vasconcelos

Rede de Educação Popular e Saúde. João Pessoa, PB, Brasil.
eynard.vasconcelos@gmail.com

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas,
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.
pedrojosecruzpb@yahoo.com.br

Ernande Valentin do Prado

Grupo de Pesquisa em Educação Popular em Saúde, UFPB. João Pessoa, PB,
Brasil. ernande.prado@gmail.com

Referências

1. Vasconcelos EM, Cruz PJ, organizadores. Educação popular na formação universitária; reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011.
2. Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E, organizadores. Perplexidade na universidade; vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
3. Mano MA, Prado EV, organizadores. Vivências de educação popular na atenção primária à saúde: a realidade e a utopia. São Carlos: EdUFSCar; 2010.
4. Melo Neto JF. Extensão Popular. João Pessoa: Editora UFPB; 2014.
5. Falcão EF. Vivência em comunidades: outra forma de ensino. João Pessoa: Editora UFPB; 2014.
6. Cruz PJSC, Vasconcelos MOD, Sarmento FIG, Marcos ML, Vasconcelos EM, organizadores. Educação Popular na Universidade; reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP). São Paulo: Hucitec; 2013.
7. Portaria nº 2.761/2013. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

The Popular Education's contribution to professional education in health

In the Brazilian educational field, the health sector has been prominent by the amplitude and radicalism of the changes in relation to the pedagogical processes focused on the education of its professionals, both in technical and university education as much as in educational activities for workers of its public policies.

The creation of the Brazilian National Health System (SUS) in 1988 provided an opportunity to a major expansion of primary health care services, whose services are very much interlinked with the dynamics of the community life. This has required new approaches and professional action, as well as it has unveiled, in a more forceful way, pressures and demands of the population that the theoretical tradition and practice of the various health professions were not prepared to answer. Dissatisfactions, demands and insufficiencies about the ways of acting in health in everyday services and territories have created a cultural and political climate conducive to the expansion of many initiatives and proposals for change in education.

The Ministry of Health (MS) has been summoned as no other sector of social policies, to intervene directly in the curricula of university and technical courses, which were guided only by the intervention of the Ministry of Education. In this process, there were incentives for state and local health departments to begin to invest extensively in educational processes, which have been guided by the National Policy of Continuing Education in Health within the SUS.

Both in the higher and technical education, as in educational activities for the care practitioners, there has been wide dissemination of methodological innovations in pedagogical and educational practices, with great appreciation of what is now called, generically, as active and problematizing methodologies. Most often, the educational practices that use this denomination give little value to a critical reading of the concrete reality in which the students are inserted and do not prioritize the debate and explicitness of the interests and political intentions present in the issues discussed. The devaluation of this broader discussion is convenient for certain groups interested in making only operational changes of professional practices, mainly seeking increased technical efficiency to new demands without questioning the contexts, objectives and institutional interests.

Despite the wide diffusion of active and problematizing methodologies, it is still dominant in the concrete educational practices of SUS, a kind of pedagogy centered in an authoritarian dissemination of information and behaviors, undertaken without concerns for an uncritical methodological renewal the kind of pedagogy that Paulo Freire would denominate as "banking education". In it, health professionals and managers see themselves as bearers of truths that need to be inculcated and widespread in the population and subaltern professionals. They are teaching practices that reproduce themselves based in the lack of investment in the critical study of the pedagogical challenges in the health work.

But the debate around the creation of more elaborate actions of continuing education in the SUS is growing, dominated by the view of authors aligned mainly with the Micropolitical Work and Health Care Research. This theoretical and political dominance has generated, most of the times, the notion that there is equivalence between it and the concept of continuing education. Internationally, however, the concept of continuing learning is a playing field for various pedagogical and political currents. The perception of such equivalence exists only in the Brazilian public health.

The renewal movement of higher and technical education through active methodologies and problematizing has happened mainly through the educational concept called Problem-Based Learning (PBL). It is a pedagogical chain focused on more dynamic teaching of knowledge considered important, but at the same time devaluating the critical discussion of the general contexts involved in education and health work.

Until recently, the Popular Education (PE) had been little considered in the conceptual debate on continuing education and curriculum reorientation of undergraduate and technical courses in the health sector. This is due, in part, by the predominance of the notion that the PE is oriented only for educational activities aimed at the popular audience. However, the Popular term does not refer to the public meant to receive the educational practice, but to the ethical assumptions, the political perspective and methodological approaches that guide it. It refers to the enhancement of knowledge and initiatives of students in the educational processes, above all to the collective construction of knowledge, with the explicit commitment to strengthening the role of the people in order to face the inequalities and social exclusion situations towards the construction of a fair, supportive and democratic society.

The PE is a theoretical and practical proposal of conducting the pedagogical processes, consolidated in Latin America as from the 1960s, which was very important for the education of leaders of the political movement that took the lead of the SUS creation process and the struggle for its improvement. It has been guiding numerous practices of health care and actions of social movements that relate to the services, seeking their expansion, its improvement and its daily construction in an integrated manner into the community dynamics in an evaluative mode of knowledge, practices and people priorities in their territorial contexts. Recently it started to also rethink the education of health professionals.

In the national movement of popular educators of health, especially in the Popular Education and Health Network (<http://www.redepopsaude.com.br/>), educational experiences to train doctors and technicians of the health sector have been increasingly disseminated and reflected on, as published in the books: *Educação Popular na Formação Universitária, Perplexidade na Universidade, Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde*¹⁻³ and in several articles, some of them published in *Interface* and more specifically in the special issue about Popular Education in Health⁽⁴⁾.

In universities, extension initiatives conducted by the PE have been strengthened and have formed their own movement, the National Coordination of Popular Extension - ANEPOP (<http://www.extensaopopular.blogspot.com>) with important publications such as: *Extensão Popular, Vivências em Comunidades, Educação Popular na Universidade*⁴⁻⁶. Disciplines of undergraduate courses begin to seek inspiration in the PE to organize themselves.

Built from claims and proposals of the various national movements of Popular Education in Health, through the National Popular Education Committee on Health, the National Policy for Popular Education in Health (PNEPS-SUS), was made official in 2013⁷ and has generated many continuing education initiatives in the SUS, such as the Qualification Program for Popular Education in Health EdpopSUS (<http://www.edpopsus.epsjv.fiocruz.br/>) and the Research and Extension Project VEPOP-SUS: Experiences in Extension in Popular Education and Health in the SUS (www.vepopsus.blogspot.com), whose action is national, with an executive team anchored in UFPB. Through PNEPS-SUS, the MS has also produced publications to strengthen the design of EP in SUS, such as the *Cadernos de Educação Popular em Saúde*. Several Brazilian states are creating

⁽⁴⁾ *Interface* (Botucatu). 2014; 18 Supl 2, available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000601155&lng=pt&nrm=iso&tling=pt

state committees of PE to encourage health departments to value the PE in its continuing education policies.

But how does the PE contribute to professional education?

To move forward on this issue, the First National Seminar on Popular Education in Health Education was organized in João Pessoa in November 2014 (<http://seminarioepsformacao.blogspot.com.br/>). Since then, the issue has become more emphasized in PE initiatives in health, organizing roundtables, courses, workshops and lectures at various congresses of the Brazilian public health area.

For the PE, the problematization is no longer just a teaching strategy or even a dynamic way to teach, it is a shared research challenge between educators and learners, jointly committed by concrete problems experienced at work and in society. It is not a methodological resource to facilitate the teaching of predefined content but a commitment to the challenges posed by the dynamics of illness and fight for the health of individuals and society in a continuous process of reflection, action, reflection. A problematization open to the new, the not yet thought, and the one that emphasizes authentic dialogue, that is, the one that comes from the recognition by the educator of the limits of their knowledge to the challenges presented by students and by reality. It seeks not only the most intense learning knowledge previously considered as significant, but also the strengthening of the role of students for the education of a participative and democratic society. Democracy is also constructed by the cognitive protagonist role of workers in institutions and citizen. For the PE, the active teaching dynamics begins with the objective to help explain previous knowledge, feelings, perplexities and subtle doubts still poorly prepared, in an appreciation perspective of the knowledge and interests of students and the population, and is not a strategy to make teaching more interesting and lively. It emphasizes not only the dialogue between teacher and student, for it includes the problematization process, the knowledge and demands of the most disadvantaged and with less opportunity of a clear and steady development of their social groups interests and perspectives. The discussions need to seek answers not only internally, among those involved in local professional practice, for they are correlated to the more general political, economic and cultural dynamic aspects of the society that need to be valued.

This conception values the joint construction process of knowledge and health actions, respecting the presence of unpredictable elements of emotion and affection, present in the human encounter that occurs in health care. It opens up to the construction of new ways and care processes by workers from their own initiatives, capabilities and aspirations in an autonomous and in shared way with users. It also includes the possibility of questioning the organizational arrangements of health systems, refusing to be conceived as a technique or technology and neither, aiming to be mandatorily followed as something imposed to health professionals for the efficient functioning of the system.

The improvement of continuing education activities cannot be restricted to the debate of authors, theoretical perspectives and internal experiences of the health sector. This is a debate that goes through the various sectors of public policy and the diverse continents of the planet. It is important to bring to the health sector the experience and the authors of other fields^(b).

In the spaces of debate and reflection that took place during the First National Seminar on Popular Education in Health Education, the reception and explanation of the different views and perspectives for the reorientation of professional education in health were prioritized, rather than merely emphasize the PE concept itself. It opened up an opportunity for presentations of thinkers from

^(b) Accordingly, we emphasize the Pedro Demo, Moacir Gadotti and Licínio Lima, texts available from: <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002446/244672POR.pdf>

other pedagogical traditions, including representatives of government agencies, revealing the insistence of the PE movement to facilitate the critical debate and joint reflection and dialogue on the various ways of changes in professional education in health.

Thus, we believe that the inclusion of the EP movement in health in the debate on professional education is helping to clarify these different theoretical concepts and policies present in the field. This debate is just beginning. The continuity in the implementation of joint reflection spaces among the different, and the systematization of experiences to explain their learning, limits and challenges are fundamental and current steps.

Eymard Mourão Vasconcelos

Rede de Educação Popular e Saúde. João Pessoa, PB, Brasil.
eynard.vasconcelos@gmail.com

Pedro José Santos Carneiro Cruz

Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas,
Universidade Federal da Paraíba (UFPB). João Pessoa, PB, Brasil.
pedrojosecruzpb@yahoo.com.br

Ernande Valentin do Prado

Grupo de Pesquisa em Educação Popular em Saúde, UFPB. João Pessoa, PB,
Brasil. ernande.prado@gmail.com

References

1. Vasconcelos EM, Cruz PJ, organizadores. Educação popular na formação universitária; reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; 2011.
2. Vasconcelos EM, Frota LH, Simon E, organizadores. Perplexidade na universidade; vivências nos cursos de saúde. São Paulo: Hucitec; 2006.
3. Mano MA, Prado EV, organizadores. Vivências de educação popular na atenção primária à saúde: a realidade e a utopia. São Carlos: EdUFSCar; 2010.
4. Melo Neto JF. Extensão Popular. João Pessoa: Editora UFPB; 2014.
5. Falcão EF. Vivência em comunidades: outra forma de ensino. João Pessoa: Editora UFPB; 2014.
6. Cruz PJSC, Vasconcelos MOD, Sarmiento FIG, Marcos ML, Vasconcelos EM, organizadores. Educação Popular na Universidade; reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (ANEPOP). São Paulo: Hucitec; 2013.
7. Portaria nº 2.761/2013. Política Nacional de Educação Popular em Saúde no SUS (PNEPS-SUS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.

Percepciones comunitarias relativas a la prevención del dengue en asentamientos humanos afectados. Lima-Perú, 2015

Gloria Carmona^(a)
Luis Fernando Donaires^(b)

Carmona G, Donaires LF. Community perceptions about dengue prevention in human settlements. Lima-Perú, 2015. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):839-52.

This is a qualitative study, aimed at describing community perceptions on dengue prevention in affected areas of Lima. A series of interviews were conducted in six of those areas using the health belief model approach. Respondents noted several factors about sanitation, behaviors and information that could increase their exposure to dengue. They expressed that this illness would affect their lives in different ways, in aspects related to work, family and economy. They recognized their share of responsibility on prevention, but also talked about the importance of health promoters work, media and community leaders. Among the preventive measures they mentioned, there were a few with no evidence of effectiveness. The main identified problems were lack of health professionals, community participation and preventive activities. They also noted that most activities were discontinued after outbreaks. The findings provide an opportunity to discuss and reflect on the preventive work done to face dengue.

Keywords: Dengue. Human settlements. Social perception. Intersectoral action.

Con el objetivo de describir las percepciones comunitarias para la prevención del dengue en las localidades afectadas de Lima, realizamos un estudio cualitativo a través de entrevistas desde el modelo de creencias en salud. Los entrevistados mencionaron diversos factores de saneamiento, conductas e información que incrementan su exposición al dengue, expresando que los afectaría en aspectos laborales, familiares y económicos, asumiendo parte de la responsabilidad en la prevención y recalcando la labor de los promotores de salud, medios de comunicación y líderes comunitarios. Entre las medidas preventivas mencionadas, se incluyeron medidas sin evidencia de efectividad. Las principales barreras expresadas fueron las siguientes, caracterizadas como insuficientes: cantidad de profesionales de salud, participación comunitaria, organización en las actividades preventivas y discontinuidad luego de los brotes. La discusión y reflexión sobre estos contextos promueve una oportunidad en el abordaje de la labor preventiva hacia el dengue.

Palabras clave: Dengue. Percepción social. Acción intersectorial. Asentamientos humanos.

^(a) Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Salud Pública, Unidad de análisis y generación de evidencias en salud Pública (UNAGESP). Cápac Yupanqui 1400, Jesus María, Lima 11. Lima, Perú. gcarmona@ins.gob.pe
^(b) Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Salud Pública. Lima, Perú. fernandod1225@gmail.com

Introducción

En la actualidad el dengue es la enfermedad viral transmitida por vectores más importante a nivel mundial en términos de morbilidad e impacto económico¹. La Organización Mundial de la Salud ha estimado que 50-100 millones de infecciones ocurren anualmente y que más de 2,5 billones de personas se encuentran en riesgo². En América Latina se ha observado un incremento de los casos en los últimos años, proviniendo el 21% de países andinos³. En el Perú el Dengue se ha extendido desde la Amazonía a la costa norte y a la capital. El primer brote notificado en Lima fue el año 2005, confirmándose en ese año hasta 146 casos⁴⁻⁶. En Lima, se han registrado numerosos brotes en diversos asentamientos humanos (AAHH), los cuales son las comunidades urbanas más carentes y vulnerables^{4,7-9}. Uno de los brotes de mayor magnitud ocurrió en el sur de Lima durante el 2014, con un total de 99 casos confirmados¹⁰.

El Plan nacional Multisectorial e Intergubernamental de Prevención y control de dengue en el Perú, incluye entre las áreas priorizadas a siete distritos de Lima, las cuales presentan la mayor densidad poblacional. Sus objetivos incluyen: estrategias de comunicación masiva; sensibilización intersectorial, fortaleciendo redes organizacionales; el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y monitoreo, el desarrollo de entornos saludables a fin de reducir los índices de infestación a través de diversas actividades; como en el recojo oportuno y adecuado de residuos sólidos e inservibles, fumigaciones y promoviendo la educación sanitaria¹¹. Sin embargo, la efectividad de estas intervenciones, depende de su continuidad, cobertura, y principalmente de la ejecución de conductas preventivas continuas por parte de la comunidad¹². Esta ejecución está influenciada tanto de las percepciones individuales y colectivas sobre el riesgo a la enfermedad, como del reconocimiento de la vulnerabilidad según las condiciones de saneamiento en las que las personas viven. El conjunto de estas interpretaciones socio-ecológicas está asociada con la posibilidad de tomar la decisión de ejecutar alguna medida preventiva^{13,14}.

Otras barreras identificadas en las actividades preventivas son la discontinuidad de las actividades una vez superado el brote que las origina y la escasa participación comunitaria que dificulta estrategias articuladas e intersectoriales en el control del vector¹⁵⁻¹⁷. La actual evidencia científica ha demostrado que aun en condiciones óptimas de control del vector, la transmisión puede restablecerse si no se sostiene la participación integral de los diversos actores sociales implicados, desde los tomadores de decisiones hasta las comunidades afectadas, a fin de asegurar la prevención y control de la enfermedad¹⁸.

Considerando la intensa movilización de personal de salud y de recursos para el control de brotes, indagar y documentar las percepciones en relación a la prevención y control del dengue desde la óptica de los actores implicados, podría contribuir en la optimización de las actividades preventivo-promocionales a través de la participación comunitaria integral, por lo cual el presente estudio tuvo como objetivo conocer las percepciones de diversos actores comunitarios en relación a la prevención del dengue en diversos AAHH afectados de Lima, Perú.

Material y método

Diseño de estudio

Realizamos un estudio cualitativo que utiliza un enfoque ecológico que entiende a la salud como el resultado de un complejo grupo de interacciones entre factores ecológicos, biológicos y socioculturales, empleándose el marco teórico del modelo de creencias en salud¹⁹ (ver Diagrama 1). Así, las percepciones en relación a la prevención del dengue y sus determinantes tuvieron lugar dentro de particulares circunstancias entre los actores sociales como características sanitarias, socioeconómicas, de información, u otras; y no solamente como resultado de los factores preventivos sanitarios²⁰⁻²².

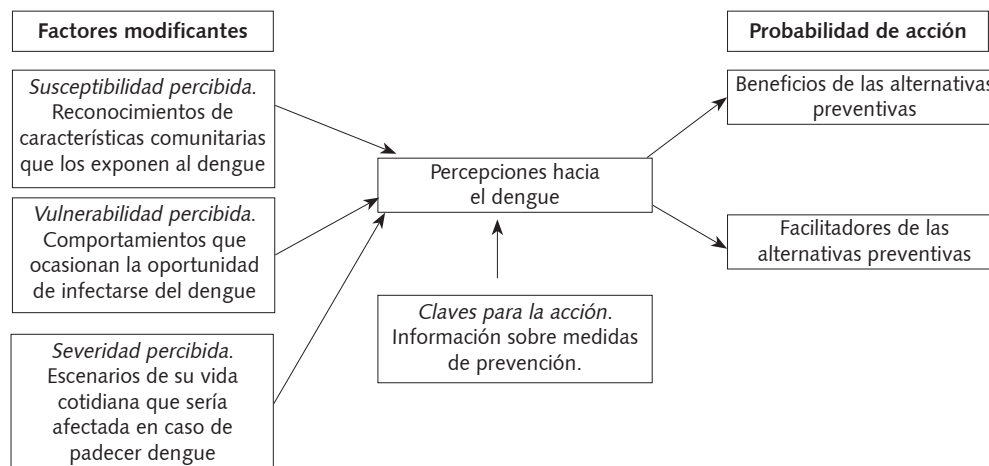


Diagrama 1. Referente conceptual para la ejecución de prácticas preventivas.

Fuente: Adaptación al modelo de Creencias en Salud propuesto por Hochbaum et al.²³

Descripción de la población de estudio

Los AAHH participantes de este estudio son comunidades urbano marginales ubicadas en las faldas medias o superiores de los cerros limeños, constituidas principalmente por poblaciones inmigrantes procedentes de la sierra y selva del país. Estos AAHH en general sufren de persistentes deficiencias en el acceso al agua, saneamiento ambiental y transporte. El hacinamiento, la localización inadecuada y la infraestructura precaria de sus viviendas; las dificultades bilaterales de acceso a diversos servicios, como de salud y de recolección de desechos por la ausencia de rutas asfaltadas obstaculizan el acceso a las personas y a los medios de transporte. Estos factores contribuyen a riesgos de contaminación y accidentes, representando una manifestación de desigualdad²⁴. Por otro lado, el clima de estos AAHH presenta un alto nivel de humedad atmosférica produciendo neblina persistente, las lluvias afecta especialmente a estos cerros ocasionando desde acumulación de agua en sus techos precarios hasta huaycos.

Estrategias de selección de casos y muestreo

Se seleccionaron por conveniencia seis AAHH de Lima Metropolitana, con el antecedente de haber presentado los mayores incidencias de casos notificados de dengue en los últimos tres años según los reportes oficiales de las diferentes unidades de epidemiología^{8,9}. Al interior de cada AAHH se trabajó con un muestreo por cuotas intentando representar al enfoque de ecosalud²⁵; en el que se incluyó a colaboradores y personal de salud local del programa de control de enfermedades Metaxénicas, líderes comunitarios identificados durante las visitas domiciliarias, según opiniones de la población, y residentes hasta alcanzar la saturación de información. Manteniendo el enfoque de conveniencia se dio prioridad de participación voluntaria a las viviendas con menor acceso a servicios básicos de saneamiento. Todos los participantes habían vivido o trabajado en la zona por un periodo mayor de tres años.

Técnicas de recolección de datos

Realizamos entrevistas grabadas, semiestructuradas, abiertas e indirectas, a fin de evitar la limitación de categorías predeterminadas así como la impresión de confrontación al participante. El proceso de elaboración de la guía semiestructurada fue elaborado en referencia al modelo de creencias en salud además del marco teórico del tema propuesto y adaptado según el contexto de cada comunidad y participante. Entrevistamos a pobladores, líderes comunitarios y personal de salud hasta lograr la saturación de información. Las entrevistas fueron realizadas por el investigador principal en las viviendas o centros de salud de los participantes, con una duración de treinta minutos como promedio, luego de cada entrevista fueron elaborados las notas de campo y memos analíticos necesarios.

Técnica de análisis de datos

Las entrevistas y las anotaciones adicionales fueron transcritas en un procesador de textos y codificadas a través del software para análisis cualitativo ATLAS. Ti (versión de prueba). El análisis se dividió en las siguientes fases: (1) lectura de las entrevistas y elección de códigos, (2) nueva lectura de entrevistas y codificación, (3) análisis por códigos, diferenciando cada entrevista según actor social para encontrar regularidades y diferencias, y (4) elaboración de matrices de concentración de datos según códigos a partir de la información encontrada en las entrevistas, permitiendo focalizar resultados y establecer una relación con la teoría existente. Este análisis incluyó el proceso dinámico de discusión e interpretación de los hallazgos con el equipo de investigación, lo que permitió identificar relaciones y diferencias entre las categorías de códigos y los participantes del estudio según tipo de actor social. En los criterios de diseño, descripción y análisis se ha considerado el COREQ Checklist²⁶.

Aspectos éticos

El presente estudio fue aprobado por el comité de ética del Instituto Nacional de Salud (INS). Se obtuvo el consentimiento de las autoridades locales para acceder a los AAHH seleccionados.

Resultados

Se entrevistaron a 34 participantes entre residentes, líderes comunitarios (presidentes de asociaciones vecinales, comedores populares o párrocos) y personal de salud (enfermeras, médicos o promotores de salud) miembros de la estrategia de prevención de enfermedades metaxénicas y zoonosis de los AAHH seleccionados. Se realizaron además 12 conversaciones informales. Sus percepciones en relación a la prevención del dengue han sido organizadas en dos enfoques: El primer enfoque, se refiere a la interpretación de factores modificantes, que incluyen tanto características socioeconómicas, demográficas y/o estructurales, como la información recibida sobre el dengue a través de campañas educativas, consejos o experiencias recibidas por sus pares. Esta interpretación, se refleja en la susceptibilidad, vulnerabilidad y severidad percibida (ver diagramas 2 y 3). El segundo enfoque, está conformado por las barreras o facilitadores percibidas hacia la probabilidad de ejecutar alguna alternativa preventiva.

En relación a los factores modificantes los participantes manifestaron diversas características comunitarias que los hacen susceptibles y vulnerables al dengue al, como el acceso restringido al servicio de agua potable, el cual se presenta por horas, que favorece el almacenamiento de agua en tachos o tanques. También mencionaron la acumulación de agua en techos o inservibles durante las lluvias.

Además, comentaron que la eliminación de aguas residuales en las calles por parte de algunos vecinos y las dificultades tanto en la recolección de basura como en su embalaje representa factores de riesgo para el dengue.

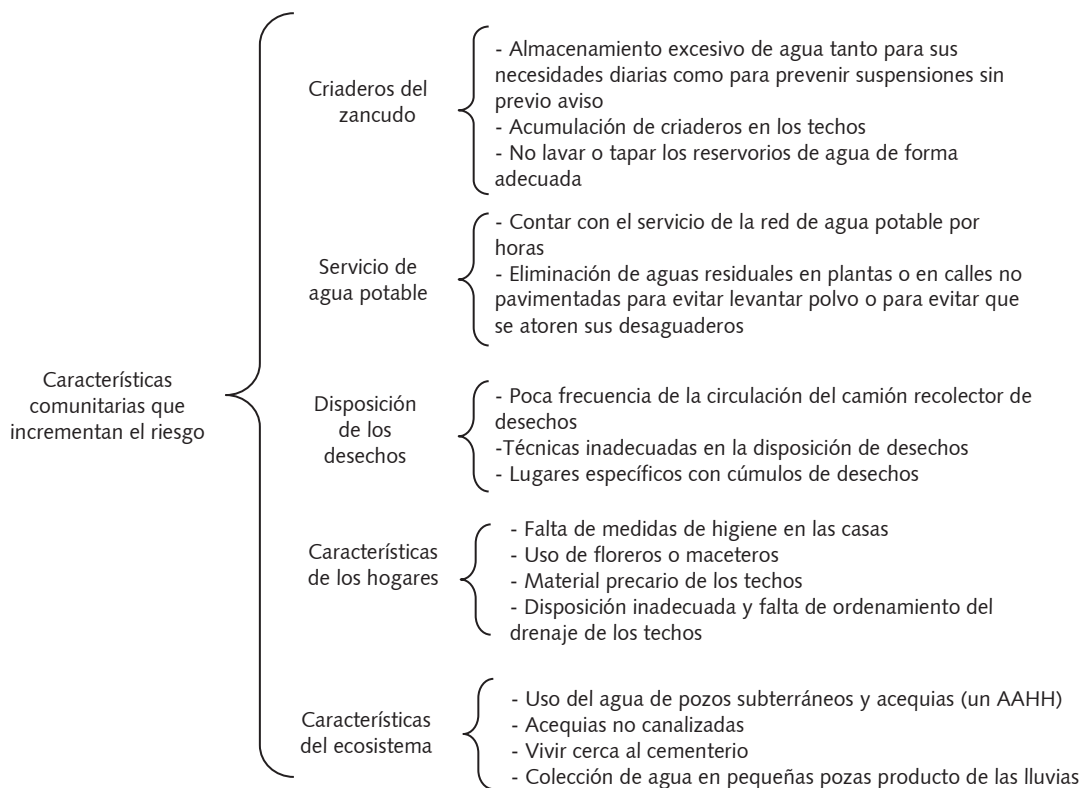


Diagrama 2. Percepciones en torno a la susceptibilidad y vulnerabilidad hacia el dengue

Fuente: Adaptación al modelo de Creencias en Salud propuesto por Hochbaum et al.²³

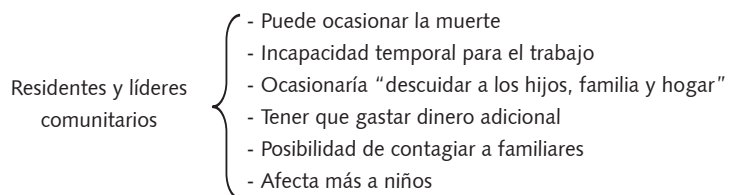


Diagrama 3. Percepciones en torno a la severidad percibida

En relación a la aplicación de pautas de prevención del dengue, los entrevistados reconocieron un descuido en el lavado y tapado adecuado de los reservorios de agua, ya sea por cansancio o desinterés del poblador, que prioriza otros problemas.

En un AA.HH., el personal de salud reconoció que los pobladores aún hacen uso del agua de algunas acequias o pozos subterráneos.

“Tenemos 2 problemas básicos;... los pozos subterráneos y las acequias. Las acequias son aguas superficial, y esa agua que sale de todas partes se junta en una sequía, como tipo desagüe.... Ellos cavan 2 metros y empieza a salir el agua, y usan esa agua para lavar, y algunos donde no hay red, usan para tomar. Y como el 2012 como tuvimos dengue, se les obligó que clausuren ese pozo, pero igual siguen usando”. (Enfermera)

En todos los AA.HH el personal de salud manifestó que existe resistencia en algunos pobladores a las visitas domiciliarias y que en varios domicilios constataban prácticas inadecuadas que incrementan la vulnerabilidad de dengue.

“... es que nuestras pacientes no toman las prevenciones del caso, pero con todo esto que hubo se ha estado visitando casa por casa, educando, diciéndoles que tienen que eliminar los reservorios, pero se rehúsan pues, no quieren que entres, que si lo he eliminado te dicen, pero si entras a sus casas ahí lo tienen por más que les explicas ahí siguen”. (Enfermera)

Al indagar sobre las percepciones hacia la enfermedad diversos residentes y líderes comunitarios, describieron que los huevos del zancudo se crían y salen del agua almacenada en depósitos, floreros o plantas, y que los focos de crianza se ubican en las esquinas de las habitaciones, baños y maceteros. Los demás entrevistados agregaron que el mosquito procede de las plantas, árboles, parques o de las aguas sucias.

“He escuchado que es un zancudo que aparece del agua que está depositada en el **agua sucia** en los tachos, en las esquinas de las paredes y se te enroncha y duele cabeza y se contagia a la familia”. (Residente)

Algunos participantes reconocieron no prestar atención a las propagandas informativas sobre el dengue transmitido a través de los medios de comunicación. Varios líderes comunitarios expresaron que a pesar de haber participado en charlas informativas no comprendían porqué el zancudo es peligroso si anteriormente ya les había picado sin mayores consecuencias. Solo el personal y colaboradores de salud mencionaron el nombre del vector causante de dengue, adicionando que en varias ocasiones algunos residentes solicitan aplicarse la vacuna preventiva contra el dengue y la falta de percepción del riesgo en la mayoría de vecinos. En contraste a ello, la mayoría de los residentes y líderes entrevistados, se reconoció vulnerable para la infección por dengue. Aquellos entrevistados que no se consideraron vulnerables plantearon como argumentos de su respuesta; el no vivir en la parte más alta del cerro, el evitar tener agua empozada, el estar informados de los casos anteriores y porque consideran al lavado de manos como conducta de prevención frente al dengue.

“Uno no está libre, puede ser que algunos tengan más riesgo, pero nos puede atacar por lo mismo que nos descuidamos, a veces el agua empozada se queda ahí, la basura se amontona en la parte de arriba y nacen los zancudos”. (Residente)

“Debemos estar lavando bien nuestros tachos, no permitiendo que haya agua sucia, no formar aguas, limpiar nuestras casas, lavándonos bien las manos, yo creo que por no hacer eso les dado esa vez”. (Residente)

En relación a la severidad percibida, los entrevistados indicaron que de padecerla se verían afectados, desde un punto de vista laboral y económico (Diagrama 3). Señalaron además la posibilidad de contagio y muerte a causa del dengue, mencionando algunos síntomas.

Considerando que las claves para la acción están conformadas por la información adecuada de medidas preventivas frente al dengue, los entrevistados mencionaron diversas actividades; como el lavado y tapado de los depósitos de manera correcta, la fumigación, el uso de larvicidas, y la prohibición de llevar flores con agua a los cementerios (Tabla 1).

Las principales barreras identificadas en los residentes y líderes comunitarios incluyeron medidas preventivas sin evidencia de efectividad en la prevención del dengue, como el lavado de manos, el evitar vivir en el cerro, el evitar eliminar aguas residuales en las vías no asfaltadas, evitar acumular agua sucia, evitar que los niños tomen el agua almacenada en reservorios y quemar la ropa de modo que el humo generado elimine al vector, en la Tabla 1 se interpretan cuáles de estas medidas preventivas mencionadas son adecuadas o inadecuadas de acuerdo a la literatura científica revisada.

“...quemo ropa vieja y agarro un palito y prendo candela y así lo mato al zancudo porque así señorita entra el humo y se va”. (Residente)

Tabla 1. Alternativas de prevención del dengue mencionadas según cada actor social

Residentes	Líderes comunitarios	Salud
<p>Adecuadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contar con agua permanente de la red pública - Usar, tapar y lavar adecuada y frecuentemente los reservorios de agua - Fumigaciones - Evitar almacenar agua por largos periodos - Reemplazar agua por arena en maceteros - Uso de motitas (Abate) en el agua almacenada 	<ul style="list-style-type: none"> - Usar, tapar y lavar adecuada y frecuentemente los reservorios. - Higiene de los baños de las viviendas. - Revisar la presencia de los criaderos en los techos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Usar, tapar y lavar adecuada y frecuentemente los reservorios. - Eliminación de inservibles - Control de criaderos a través de visitas domiciliarias.
<p>Inadecuadas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vacuna contra el dengue - Lavado de manos - Aseo diario (bañarse) - Quemando ropa ya que el humo aleja al mosquito - Evitar tomar agua empozada - Tener más limpieza en casa 		

La barrera más reiterativa expresada por todos los entrevistados fue la falta de profesionales de salud en las actividades preventivas, siendo estas realizadas principalmente por promotores de salud.

“Las promotoras son nuestro brazo derecho, para salir nosotros tendríamos que cerrar [...] cuando paso el dengue cerramos, solamente atendíamos emergencia [...] es un abuso, van a 20 casas por turno, y le daban creo que 15 soles, aparte tienen que pagar su moto para que se trasladen”. (Enfermera)

“Las promotoras han venido y han entrado a la casa, para ver si hay algo que pueda ocasionar el dengue, botellas con agua, esas cosas. Pero no todos los vecinos quieren porque tiene miedo a la municipalidad”. (Residente)

Los líderes comunitarios entrevistados expresaron que el aviso sin anticipación sobre la distribución y los cortes de agua, ocasionan un almacenamiento de agua inadecuado. Fue referido también; que las actividades preventivas pocas veces llegan a las zonas más alejadas de los AAHH, la necesidad de una

mayor interacción con los centros de salud y la necesidad de que organicen sus actividades de visitas domiciliarias o charlas con anticipación, así como realizarlas antes del verano, que es cuando más casos de dengue ocurren. Además, indicaron que la negativa o resistencia de la comunidad a las visitas domiciliarias, se debía al temor o desconfianza de que el personal de salud notificaría al municipio aspectos de saneamiento o construcciones no registradas, lo cual conllevaría a multas y clausuras (Tabla 2).

“Hemos recibido la agresión verbal de la población, las personas que no nos dejaban entrar y veníamos al otro día y nos decían no tienen nada que hacer váyanse!... Ya que se podía hacer...”. (Promotora de salud)

“Cuando acá vinieron a fumigar, entraron y cerraron las puertas por 2 horas.....Por lo menos fumigar ayuda un poco..., aunque hay gente que no deja que entren porque dicen que van a entrar a robar o a avisar a la municipalidad de los cuartos de la casa”. (Residente)

Tabla 2. Percepciones sobre cuestiones relacionadas a las actividades de prevención del dengue

	Residentes	Líderes	Salud
Claves para la acción	-Mensajes en Tv -Mensajes en periódicos -Fumigaciones en tiempos de brote -Visitas domiciliarias y charlas por parte del personal de salud	-Fumigaciones en casas y parques -Entrega de motitas (abate) en las visitas domiciliarias -Charlas preventivas por el personal de salud	-Trabajo preventivo promocional multidisciplinario e intersectorial (colegios comisarías, casas) en periodos de brotes
Barreras	-Se realizan más en verano -Restricción en el acceso del personal de salud a las casas por no avisar o temor que revisen sus viviendas -Pocas charlas de prevención en las zonas más alejadas de los AAHH -Escasa comunicación sobre cuándo van a fumigar -Falta de participación de la comunidad en las charlas organizadas por los establecimientos de salud -Ausencia de reuniones vecinales para ver esos asuntos	-Charlas por el párroco -Poca comprensión de algunos adultos y niños a las diversas charlas informativas recibidas sobre dengue -Falta de aviso anticipado de las suspensiones temporales del servicio de agua -Resistencia de la comunidad a las visitas domiciliarias por temor a notificaciones municipales de las instalaciones no registradas	-Incentivo económico insuficiente a las promotoras, quienes realizan la mayor carga de estas actividades. -Personal profesional y técnico de la salud insuficiente para realizar las actividades extramurales, ya que solo cuentan con un equipo básico -Actividades de prevención no sostenidas en los periodos interbrote -Organización deficiente durante las actividades de fumigación en relación a la falta de aviso de las fechas, horarios y duración -Resistencia de la comunidad a las visitas domiciliarias por no desear ser inspeccionados ni desear eliminar los inservibles encontrados -Resistencia al remplazo del agua por arena en los floreros ubicados en las casas y en los cementerios -Recursos económicos insuficientes para el transporte en las actividades de campo
Invitaría a participar en estas actividades	-Municipalidad -Comité municipal -Al párroco	-Personal de limpieza y saneamiento	-Gobierno central (spots publicitarios, propagandas, contrata de mayor personal) -Comités comunitarios -Parroquias
Responsable de estas actividades	-Nosotros -Todos -Gobierno -Posta médica	-Personal de salud	-Saneamiento ambiental -Personal de salud -Comunidad

El personal de salud manifestó como barreras en las actividades preventivo-promocionales, su discontinuidad luego de los brotes, la falta de organización con anticipación al verano, a fin de contar con suficientes recursos humanos como promotoras de salud e insumos a distribuir en la comunidad (como depósitos, larvicidas y materiales informativos) y la escasa participación del municipio.

“Con la fumigación no se dio la orientación como: Señora no vuelva dentro de dos horas a su casa [...] y hubieron intoxicaciones”. (Médico)

Los entrevistados mencionaron la necesidad de mayor personal de limpieza para la recolección de desechos y la necesidad de una mayor participación comunitaria en actividades preventivas. Si bien cuentan con un comité vecinal, expresaron ausencia de una participación activa de los pobladores, mencionando inasistencias a las reuniones por dificultades de acceso al cerro o priorización de otras actividades.

“La comunidad debe ir a las charlas informativas, pero la gente es muy ociosa no quiere escuchar y abrimos por gusto, ustedes deberían avisar que va a ver una charla informativa, a ver si la gente va”. (Presidente asociación vecinal)

Entre los facilitadores identificados, el personal de salud entrevistado mencionó que en la práctica observan mayor amplitud de los residentes a recibir las pautas que imparten, siempre y cuando el personal de salud sea continuo, insistiendo a pesar de la resistencia de algunos vecinos. Fue mencionado también el trabajo articulado del personal de salud con las asistentes sociales y el personal de escuelas, comisarías y asociaciones vecinales, quienes han recibido capacitaciones en el tema y permiten el acceso a la comunidad durante los brotes. Otra característica facilitadora fue la labor educativa y las actividades realizadas por los promotores de salud.

Finalmente la mayoría de los pobladores expresaron la necesidad de asumir en conjunto la responsabilidad en la prevención del dengue (Tabla 2). Otros entrevistados atribuyeron esta responsabilidad al gobierno local y al personal de salud.

“Yo creo que todos somos responsables, todos debemos estar alertas, porque como le digo, si cae uno caemos todos, entonces hay que estar al tanto, es un riesgo para todos”. (Párroco)

Discusión

Los principales hallazgos de este estudio se pueden resumir brevemente. Entre los primeros tenemos a la percepción de factores modificantes, que incluyen características socioeconómicas, demográficas y/o estructurales, y la información recibida sobre el dengue. Entre las segundas se identificaron, a las barreras y facilitadores para la prevención. Algunas barreras a las actividades preventivas discontinuas son el insuficiente personal de salud y una baja participación comunitaria. Algunos de los facilitadores percibidos fueron la asunción comunitaria de la responsabilidad de la prevención y la realización de actividades por los promotores de salud.

El acceso insuficiente y limitado del agua fue la principal barrera en las medidas de prevención del dengue. Otros estudios también identificaron este factor como importante, observando que las zonas con menor acceso a servicios de agua y desagüe reportaban más casos de dengue^{24,25}. La disponibilidad limitada de conexión intra-domiciliaria de agua potable también ha sido asociada con la presencia del vector^{27,28}.

Así mismo, se ha identificado al déficit de información como una barrera en la prevención del dengue, hallazgo similar a lo reportado por otros estudios²⁹⁻³¹, el cual puede provenir de material educativo desactualizado o no contextualizado que conlleva a una baja percepción de la vulnerabilidad hacia la enfermedad por parte de la comunidad^{27,28}. El conocimiento insuficiente sobre los criterios

actuales de diagnóstico, clasificación y tratamiento del dengue encontrado en los médicos generales, se constituye en una barrera más para la prevención del dengue, similar a lo encontrado en la región Lambayeque, en donde el nivel de conocimiento sobre el dengue fue asociado con la oportunidad de la capacitación. Ante estas deficiencias de comunicación en relación al dengue encontrados en los profesionales de salud, es natural comprender que a nivel de la población existan percepciones e información inadecuada sobre el dengue que ameriten ser abordados³²⁻³⁴.

Siendo la participación comunitaria un concepto complejo e integral, el cual abarca a distintos actores, diversos estudios asocian la baja participación comunitaria, a diversos entes gubernamentales responsables de la prevención^{29,30,33}. Las limitaciones del personal de salud para involucrar a la comunidad y la falta de motivación y compromiso comunitario son algunas de las causas reportadas sobre la escasa participación comunitaria³³. Del mismo modo se ha reportado una baja percepción del beneficio de las actividades preventivas como resultado de la falta de una acción concertada entre los servicios de salud y la comunidad, sin participación de ésta última y priorizando otros problemas^{27,34,35}. De esta manera tanto los factores expresados en este estudio junto con los factores de las otras evidencias sostienen el conjunto de integralidad que engloba la participación comunitaria, pudiendo ser priorizada dese distintos enfoques según el contexto local.

Diversos estudios han empleado el enfoque de ecosalud en el abordaje de contextos de baja participación comunitaria, propiciando acciones intersectoriales en la planificación, ejecución, y evaluación de actividades preventivas y en la gestión del ecosistema para prevenir la transmisión del *Aedes aegypti*, desarrollando acciones de prevención y control oportunos e integrados^{35,36}. Estos enfoques requirieron, al igual que el presente estudio, partir del análisis holístico del problema, para continuar con su priorización y la gestión de sus soluciones, sosteniéndose años después de concluido el proceso^{36,37}.

Otras evidencias han identificado como barreras de las acciones preventivas a la sensación de poca autoeficacia, a la percepción deficiente de los beneficios de una potencial acción preventiva y a la insuficiente susceptibilidad percibida³⁸. Si bien nuestros hallazgos encontraron que la comunidad reconoce ser vulnerable y susceptible al dengue, también se encontró que el control deficiente de los criaderos a nivel colectivo representaría una de las principales barreras. En este contexto las actividades de prevención basada en la participación comunitaria y con la colaboración de diversos sectores representan una oportunidad para la disminución de los focos de re-infestación en estas comunidades.

En un estudio realizado en Malasia, en relación a la severidad percibida se encontraron dos posibilidades; la primera en la que es posible curarse de la enfermedad y la segunda en la que el desenlace es la muerte³⁸. Finalmente, el reporte de un estudio Mexicano, sostiene que el identificar la vulnerabilidad de la comunidad permite identificar necesidades locales particulares que deben ser reforzadas en la labor preventiva promocional además de reportar una asociación significativa entre el incremento de la vulnerabilidad y la prevalencia de los casos reportados²⁶.

En el presente estudio, diversos actores identificaron a las charlas educativas como un facilitador para la prevención del dengue, con la participación de instituciones religiosas y educativas; actividad referida previamente por otros estudios^{30,34}. En tal sentido, uno de los estudios recomienda que la comunicación se debe centrar en el diálogo, permitiendo que tanto los promotores como los participantes tengan libertad en relación a los temas emergentes durante las charlas, de manera que puedan reconocerlos y discutirlos en el contexto local³⁹. Igualmente se ha recomendado que la discusión de la enfermedad no se realice de manera abstracta si no enfocada en el contexto local, en un tiempo y espacio delimitado, y teniendo en cuenta las consideraciones de la comunidad⁴⁰.

Se describe al control de viviendas, uso de abate, familias con buen nivel de información, depósitos tapados como los factores protectores en la prevención del dengue identificados tanto por los pobladores, líderes y personal de salud; similar a lo encontrado en la ciudad de Trujillo⁴¹.

Consideramos que asumir una responsabilidad compartida en el control del vector representa una potencial oportunidad de unificar conceptos de participación comunitaria, y de conciliar intereses entre usuarios y proveedores de servicios, para lograr una real movilización social.

Una de las limitaciones del presente estudio fue la posibilidad de sesgo de información por la sensación de confrontación durante las entrevistas. A fin de minimizarlo se empleó una estrategia

de entrevista abierta e imparcial, preguntando directamente sobre las percepciones tanto de los entrevistados como del colectivo o de sus pares, permitiendo obtener las percepciones del entorno del participante.

El presente estudio, sugiere distintos grados de reconocimiento hacia la susceptibilidad y severidad al dengue manifestado principalmente por el insuficiente acceso: a servicios básicos de saneamiento, las actividades preventivas discontinuas y el escaso personal de salud, así como, la escasa participación comunitaria. No obstante, las acciones de los promotores de salud, la autopercepción de vulnerabilidad y de responsabilidad hacia la transmisión del dengue podría facilitar el abordaje de la superación de algunas de las barreras mencionadas.

Contribución

Gloria Carmona, contribuyó en el planteamiento, ejecución, análisis de los hallazgos y redacción del manuscrito inicial y final de esta investigación. Luís Donaires, contribuyó activamente en el análisis y discusión de los hallazgos, además de su participación crítica en la revisión y la aprobación final del manuscrito.

Referencias

1. Gubler DJ. Epidemic dengue/dengue hemorrhagic fever as a public health, social and economic problem in the 21st century. *Trends Microbiol.* 2002; 10(2):100-3.
2. UNDP, World Bank, WHO Special Programme for Research & Training in Tropical Diseases. Meeting report. Recommendations: Scientific working group on dengue [Internet]. Geneva, Switzerland; 2000 Apr [cited 2014 Apr 30]:12. Available from: <http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-swg.pdf?ua=1>
3. San Martín JL, Brathwaite O, Zambrano B, Dayan GH, Solórzano JO, Bouckenooghe A, et al. The epidemiology of dengue in the americas over the last three decades: a worrisome reality. *Am J Trop Med Hyg.* 2010; 82(1):128-35.
4. Lourdes Sulca Cachay SA. Reappearance of *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) in Lima, Peru. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2001; 96(5):657-8.
5. Oficina General de Epidemiología. Extensión del dengue en el Perú [Internet]. Lima; 2005 [acceso 2015 Ene 4]. Disponible en: http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/bole_epi/dge2005/Bolet_15.pdf
6. Oficina General de Epidemiología. Aspectos epidemiológicos del dengue: perspectiva del control vectorial. Ministerio de salud. Lima, Perú. Report. 2005; 14(18):8-12.
7. Soto C. Informe final brote dengue clásico: la fragata y Zarate, San Juan de Lurigancho. Disa IV Lima este, abril-mayo 2007.

8. Ministerio de Salud (PE). Escenarios epidemiológicos de riesgos por dengue [Internet]. Dirección de Salud II Lima Sur [acceso 2014 Nov 15]. Disponible en: http://disalimasur.gob.pe/arch_documentos/archivos/1373670997.pdf
9. Unidad de epidemiología. Índice de infestación aédica micro redes [Internet]. Red de Salud Túpac Amaru [acceso 2015 Ene 22]. Disponible en: <http://www.minsarsta.gob.pe/pagweb/epidemiologia/sala%20situacional%202013/SALA%20DENGUE%20SE%2014-2013.pdf>
10. Dirección de Salud II Lima Sur. Primer brote de dengue en Lima Sur [Internet] [acceso 2015 feb 21]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2691.pdf>
11. Decreto Supremo que aprueba el Plan Nacional Multisectorial e Intergubernamental de Prevención y Control de Dengue en el Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2013 [acceso 2015 Jun 14]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/DS007_2013_SA_b_EP.pdf
12. Ballenger-Browning KK, Elder JP. Multi-modal *Aedes aegypti* mosquito reduction interventions and dengue fever prevention. *Trop Med Int Health*. 2009;14(12):1542-51.
13. Concepción Rojas M, Cifuentes E, Rodríguez Jiménez R, Valdés Ramos I. Indicadores del ecosistema para la prevención y control del dengue en el municipio de Cotorro (Cuba). *Rev Hig Sanid Ambient*. 2006; (6):138-44.
14. Hoyos Rivera A. Intervención comunitaria en el dengue como una necesidad social. *Rev Cubana Salud Publica*. 2011; 37(4):500-9.
15. Wai KT, Htun PT, Oo T, Myint H, Lin Z, Kroeger A, et al. Community-centred eco-bio-social approach to control dengue vectors: an intervention study from Myanmar. *Pathog Glob Health*. 2012; 106(8):461-8.
16. Gubler DJ, Clark GG. Community involvement in the control of *Aedes aegypti*. *Acta Trop*. 1996;61(2):169-79.
17. Sanchez L, Perez D, Pérez T, Sosa T, Cruz G, Kouri G, et al. Intersectoral coordination in *Aedes aegypti* control. A pilot project in Havana City, Cuba. *Trop Med Int Health*. 2005; 10(1):82-91.
18. Schaffner F, Bellini R, Petric D, Scholte E-J, Zeller H, Marrama Rakotoarivony L. Development of guidelines for the surveillance of invasive mosquitoes in Europe. *Parasit Vectors*. 2013; 18(6):209.
19. Harrison JA, Mullen PD, Green LW. A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Educ Res*. 1992; 7(1):107-16.
20. Organización Panamericana de la Salud. Plan detallado de acción para la próxima generación: prevención y control del dengue [Internet]. Programa de enfermedades transmisibles. División de Prevención y Control de Enfermedades [acceso 2015 mar 5]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsair/e/repindex/rep178/pagina/text/e/redengue/plan/plan.pdf>
21. Díaz C. Preventing Dengue at the local level in Havana city. In: Charron DF, editor. *Ecohealth research in practice* [Internet]. Springer New York; 2012. p. 163-71 [cited 2014 Apr 1]. (Insight and Innovation in International Development). Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-0517-7_15
22. Bernard H. *Social Research Methods. Qualitative and quantitative approaches*. 2a ed. Florida: Sage Publications; 2013.
23. Steckler A, McLeroy KR, Holtzman D, Godfrey H, Hochbaum (1916–1999): from social psychology to health behavior and health education. *Am J Public Health*. 2010;100(10):1864. doi:10.2105/AJPH.2009.189118.

24. Fernández de Córdova G. Nuevos patrones de segregación socio-espacial en Lima y Callao 1990-2007 [Internet]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento de Arquitectura; 2012 [cited 2015 Jan 7]. Disponible en: <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/35703>
25. Tana S, Abeyewickreme W, Arunachalam N, Espino F, Kittayapong P, Wai KT, et al. Eco-Bio-Social research on dengue in Asia: general principles and a case study from Indonesia. In: Charron DF, editor. *Ecohealth research in practice* [Internet]. York: Springer; 2012. p. 173-84 [cited 2014 Apr 1]. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4614-0517-7_16
26. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19(6):349-57.
27. Escobar-Mesa J, Gómez-Dantés H. Determinantes de la transmisión de dengue en Veracruz: un abordaje ecológico para su control. *Salud Publica Mex*. 2003; 45(1):43-53.
28. Suárez-Ognio L, Arrasco J, Casapía M, Sihuíncha M, Avila J, Soto G, et al. Factores asociados a dengue grave durante la epidemia de dengue en la ciudad de Iquitos, 2010-2011. *Rev Peru Epidemiol Online* [Internet]. 2011 [cited 2014 Nov 21]; 15(1):17-23. Available from: http://rpe.epiredperu.net/rpe_ediciones/2011_V15_N01/3AO_Vol15_No1_2011_Dengue_Iquitos.pdf
29. Wong LP, AbuBakar S. Health beliefs and practices related to dengue fever: a focus group study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013; 7(7):e2310.
30. Pérez-Guerra CL, Zielinski-Gutierrez E, Clark GG. Community beliefs and practices about dengue in Puerto Rico. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(3):218-26.
31. Phuanukoonnon S, Brough M, Bryan JH. Folk knowledge about dengue mosquitoes and contributions of health belief model in dengue control promotion in Northeast Thailand. *Acta Trop*. 2006; 99(1):6-14.
32. Paico-Romero C, Polo-Capuñay A, Díaz-Exebio G, Díaz-Vélez C. Validación y desarrollo del instrumento: nivel de conocimientos en diagnóstico y tratamiento sobre dengue en médicos de la región Lambayeque. *Acta Médica Peru*. 2012; 29(3):143-7.
33. Romani M, Gil AB, Ursula EC, Boelaert M, der Stuyft PV. Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales. *Salud Publica Mex*. 2006; 48(1):39-44.
34. Schweigmann N, Rizzotti A, Burrioni N, Castiglia G, Gribaudo F, Marcos E, et al. Information, knowledge, and perception of dengue risk in Argentina: two intervention experiments to generate local control strategies. *Cad Saude Publica*. 2009; (25):S137-48.
35. Smith V. A qualitative analysis: using the Health Belief Model to explain dengue fever in two communities in Trinidad and Tobago. *J Dep Behav Sci*. 2012; 2(1):90-101.
36. Díaz C, Torres Y, Cruz AM, Álvarez ÁM, Piquero ME, Valero A, et al. An inter-sector participatory strategy in Cuba using an ecosystem approach to prevent dengue transmission at the local level. *Cad Saude Publica*. 2009; (25):S59-70.
37. Melián MG, Alonso MÁM, Pantoja CD, Rojas MC, Ramos IV. El componente ambiental de la vigilancia integrada para el control y la prevención del dengue. *Rev Cuba Hig Epidemiol* [Internet]. 2007 [cited 2014 May 2]; 45(1). Available from: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=223219928007>
38. Wong LP, AbuBakar S. Health Beliefs and practices related to dengue fever: a focus group study. *PLoS Negl Trop Dis*. 2013; 7(7):e2310.
39. Silva LB, Soares SM, Aquino AL. Seasonal communication about dengue fever in educational groups in primary healthcare. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(6):1160-7.

40. Soares de Araújo I. 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.
41. Alfaro M, Luna M, Muñoz M, Novoa Y, Castillo N, Benites S, et al. Factores fundamentales de exposición al dengue según escenarios geoepidemiológicos en Trujillo Metropolitano. Abril-Mayo 2001. *Rev Peru Epidemiol Online*. 2002; (10):1-8.

Carmona G, Donaires LF. Percepções comunitárias na prevenção da dengue nos assentamentos humanos. Lima-Peru, 2015. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):839-52.

Com o objetivo de descrever as percepções comunitárias a respeito da prevenção da dengue, realizou-se um estudo qualitativo nas áreas afetadas de Lima. Foram utilizadas entrevistas sob o modelo de crenças em saúde. Os entrevistados mencionaram diversos fatores de saneamento e condutas que aumentariam sua exposição à doença. Também enumeraram aspectos laborais, familiares e econômicos que seriam afetados pelo adoecimento. Os entrevistados assumiram parte da responsabilidade na prevenção, mas destacaram a importância do trabalho dos promotores de saúde, líderes comunitários e meios de comunicação. Dentre as medidas preventivas enumeradas, foram citadas algumas que não tinham evidência de efetividade. Os principais obstáculos citados foram: quantidade insuficiente de profissionais de saúde, baixa participação comunitária, desorganização das atividades preventivas e descontinuidade das ações após a resolução dos surtos. A discussão dos resultados encontrados promove a oportunidade de refletir sobre o trabalho preventivo realizado para o combate à dengue.

Palavras-chave: Dengue. Percepção social. Ação intersetorial. Assentamentos humanos.

Submetido em 15/05/15. Aprovado em 22/02/16.

Violências percebidas por homens adolescentes na interação afetivo-sexual em dez cidades brasileiras

Fátima Cecchetto^(a)
 Queiti Batista Moreira Oliveira^(b)
 Kathie Njaine^(c)
 Maria Cecília de Souza Minayo^(d)

Cecchetto F, Oliveira QBM, Njaine K, Minayo MCS. Violence as perceived by adolescent males in the affective-sexual interaction, in ten Brazilian cities. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):853-64.

This paper presents the views of male adolescents on the topic of dating violence. Based on interviews and focus groups conducted in ten Brazilian cities between 2007 and 2009 the text takes as a parameter the analysis of the meanings of young males to physical, psychological and sexual aggression within intimate relationships. The study methodology focuses on the testimonies of 257 male students aged between 15 and 19 years, from both public and private schools. The study results show that the meanings attributed to the phenomenon of dating violence are shaped by rigid representations of gender roles, corresponding to the expectations regarding the performance of men and women in emotional-sexual relationships.

Keywords: Courtship (Dating). Violence. Gender. Masculinity.

O presente artigo apresenta as visões de adolescentes do sexo masculino sobre o tema da violência no namoro. A partir de entrevistas e grupos focais realizados em dez cidades brasileiras, entre 2007 e 2009, o texto toma como parâmetro a análise dos significados atribuídos pelos jovens às agressões físicas, psicológicas e sexuais no âmbito dos relacionamentos íntimos. A metodologia do estudo se concentra nos depoimentos de 257 estudantes do sexo masculino, de idades entre 15 e 19 anos, de escolas públicas e privadas do país. Os resultados do estudo mostram que os significados atribuídos ao fenômeno da violência no namoro são recortados por representações rígidas de papéis de gênero, correspondendo às expectativas em relação ao desempenho de homens e mulheres nas relações afetivo-sexuais.

Palavras-chave: Namoro. Violências. Gênero. Masculinidades.

^(a) Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Avenida Brasil, 4365, Manguinhos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21040-360. face.fiocruz@gmail.com
^(b,c,d) Centro de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Carelli, Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp), Fiocruz. queitibmoliveira@gmail.com; kathie@ensp.fiocruz.br; cecilia@claves.fiocruz.br

Introdução

Abordar a violência no namoro e no ficar entre adolescentes tem sido um desafio lançado aos cientistas sociais de várias orientações teóricas. As profundas transformações ocorridas nas últimas décadas, introduzindo nuances e novas combinações nas relações entre os gêneros não são desprezíveis nas análises contemporâneas sobre a presença de práticas violentas entre parceiros íntimos. Os significados diversos que a violência pode assumir nas interações amorosas, incluindo as ambivalências que o assunto encerra, requerem cada vez mais atenção como objeto de pesquisa nas ciências humanas e sociais, e de políticas no âmbito da saúde pública.

O presente estudo tem como objetivo analisar as visões e as experiências de jovens do sexo masculino sobre seus relacionamentos, explorando as questões de gênero e violência entre namorados adolescentes. Os dados são oriundos de uma pesquisa quantitativa e qualitativa, inédita no país, realizada entre 2007 e 2009, com 3.205 adolescentes escolares entre 15 e 19 anos, de dez capitais brasileiras, que investigou a prevalência e as representações sociais desse grupo sobre violência no namoro¹. O estudo quantitativo evidenciou uma alta prevalência de violência nestas relações: praticamente nove entre dez adolescentes relataram ter vivenciado algum tipo de violência no namoro.

As narrativas masculinas, analisadas neste artigo, têm como contraponto a literatura sobre relações de gênero e os estudos sobre violência no namoro na adolescência. Em geral, ainda são poucas as investigações sobre a violência de gênero que incluem as vozes masculinas, por muito tempo relegadas à margem nos estudos de gênero². Na perspectiva das ciências sociais, gênero é utilizado para distinguir a dimensão biológica da dimensão social³. Privilegia-se o aspecto relacional e não, simplesmente, o masculino e o feminino como esferas estanques, dissociadas e sem articulação uma com a outra na sua própria constituição⁴.

A masculinidade é aqui compreendida como um construto sócio-histórico, tendo por base o aprendizado contínuo de práticas consideradas 'masculinas'⁵. A obrigação de afirmar qualidades ditas viris – ligadas ao uso conspícuo da violência física e do sexo – concorre para uma enorme vulnerabilidade dos homens^{6,7}. Inúmeros agravos à saúde do homem estão relacionados ao aprendizado da masculinidade, incluindo condutas que colocam em risco tanto suas vidas quanto de seus pares⁸. Pesquisas no âmbito da saúde coletiva demonstram como as altas taxas de homicídios e acidentes de trânsito entre adolescentes do sexo masculino estão situadas bem acima do nível a partir do qual é considerado epidêmico pela Organização Mundial de Saúde^{9,10}.

Por ser relacional, a violência no namoro pode ser entendida como de gênero, afetando, portanto, as interações tanto entre homens e mulheres quanto entre homens e entre mulheres¹¹.

Na medida em que se estabelece como uma forma de comunicação entre parceiros adolescentes, a violência pode acabar se cristalizando como estratégia para lidar com os conflitos nas relações íntimas. Além de estar associada a inúmeros danos à saúde física e mental, é considerada, por diferentes autores, como um forte preditor da violência entre casais na vida adulta¹², embora haja uma lacuna de estudos empíricos que comprovem tal assertiva¹³.

O tema, bastante explorado na literatura norte-americana e canadense¹², recentemente vem sendo pesquisado em outros países, incluindo o Brasil¹⁴⁻²². Deles, destaca-se que diferentes tipos de agressão são, muitas vezes, aceitas ou percebidas como naturais pelos adolescentes, o que colabora para sua reprodução no cotidiano dos namoros como forma de resolução de conflitos, sobretudo, em situações que envolvem ciúmes²³⁻²⁵.

Metodologia

O presente artigo baseia-se nas informações qualitativas que buscaram apreender as opiniões, crenças e valores sobre violência no namoro entre os adolescentes. Optou-se por privilegiar as visões mais amplas sobre o tema para captar as representações sociais do grupo para além de vivências individuais.

A população em estudo se concentra em estudantes do sexo masculino matriculados no 2º ano do Ensino Médio, de escolas públicas e privadas das cidades de Manaus/AM, Porto Velho/RO, Teresina/PI, Recife/PE, Cuiabá/MT, Brasília/DF, Rio de Janeiro/RJ, Belo Horizonte/MG, Florianópolis/SC e Porto Alegre/RS. Participaram da abordagem qualitativa 519 adolescentes. Foram realizadas 34 entrevistas individuais (22 masculinas e 22 femininas) e sessenta grupos focais (um masculino, um feminino e um misto em cada escola – cinco privadas e cinco públicas).

Foram examinadas as falas de 257 estudantes do sexo masculino participantes, sendo: 21 das entrevistas individuais, 155 dos grupos focais masculinos e 81 dos grupos focais mistos. Um roteiro semiestruturado foi utilizado, cujas questões foram organizadas em cinco blocos: (a) tipos de relações amorosas, opiniões e sentimentos dos jovens sobre as relações de namoro e do ficar e o que eles entendem por “violência no namoro ou no ficar”; (b) o que os jovens consideram “agressão psicológica” no namoro e no ficar; (c) o que consideram “violência física”; (d) o que consideram “violência sexual”; e (e) como se sentem após o término de um namoro com uma pessoa de quem gostavam muito; como deve ser abordado o tema das relações afetivo-sexuais com os jovens. Tal roteiro, utilizado tanto para as entrevistas como para os grupos focais, permitiu, no momento da análise, uma triangulação adequada das distintas opiniões sobre as mesmas indagações básicas realizadas na abordagem quantitativa.

Destacam-se algumas limitações do estudo. A primeira, refere-se ao fato de não se terem abordado adolescentes fora da escola. A segunda, de ser um primeiro diagnóstico nacional sobre o problema, necessitando, ainda, de aprofundamento em diferentes aspectos que afetam diretamente a saúde física e emocional dos adolescentes.

Todas as sessões foram transcritas descaracterizando-se possíveis elementos de identificação individual dos participantes. Inicialmente, foi realizada uma leitura abrangente das entrevistas e grupos focais para selecionar as maiores recorrências de palavra e expressões relacionadas ao tema da violência no namoro. Em seguida, enumeraram-se as principais ocorrências, procurando-se agrupá-las em blocos conforme a tipologia da violência: física, psicológica e sexual.

A leitura dos dados procurou identificar, nos episódios narrados, as representações e práticas dos rapazes sobre a violência no namoro. Foram destacados aspectos dessas narrativas capazes de conduzir ao entendimento do que é qualificado como violência nesse universo. Cabe informar que ainda que a pesquisa tenha sido realizada em dez capitais de cada região do país, não houve discrepância entre as cidades investigadas.

Resultados

Violência no namoro: silêncio e hesitação

Inicialmente, muitos adolescentes se calaram ou hesitaram diante da existência das práticas violentas no namoro. Foi no decorrer da análise que diferentes expressões da violência foram surgindo em seus discursos. Diversos fatores como traição, ciúmes, uso de bebida alcoólica e outras drogas foram relacionados à ocorrência de violência. Destaca-se que as agressões cometidas por mulheres e homens contra seus parceiros são percebidas e qualificadas tendo por base o gênero do agressor e da vítima, considerando aspectos como motivação da agressão e danos provocados.

As ambiguidades nas respostas não foram incomuns. O relato de um adolescente de Porto Alegre expressa isso: “O que eu posso dizer é que não tem uma violência no namoro. Claro, acontece em qualquer lugar do Brasil”.

Constatou-se, ainda, uma certa idealização das relações de namoro, tendo por base a ideologia do amor-romântico equacionada ao padrão igualitário nos encontros amorosos, como vemos abaixo:

“Esse negócio de violência no namoro, eu fico decepcionado porque não há necessidade. Como eu acabei de dizer, se as pessoas se amam mesmo de verdade, uma conversa clara e nítida já dá para resolver tudo”. (Manaus)

A despeito de uma inicial hesitação ou negação, muitos acabaram por mencionar casos de agressão, porém, entre casais próximos, isto é, parentes, amigos e vizinhos.

Violência no outro

Se, a princípio, a violência está no outro, as brigas entre namorados –especialmente aquelas provocadas por ciúmes – foram percebidas como inerentes aos relacionamentos, sobretudo nos mais duradouros, como indica a fala a seguir: “relacionamento sério tem que ter uma briga” (Rio de Janeiro).

O ciúme foi percebido como principal desencadeador da violência entre namorados. Ele é considerado como o elemento que precipita as explosões de raiva. É o que revela um rapaz de Manaus: “ninguém nunca sabe o que pode acontecer num momento de raiva”. Assim, o ciúme acaba sendo a razão mais alegada como justificativa para a agressão violenta, como aponta o seguinte trecho:

“O namorado que tem muito ciúme um do outro e tal daí mal pode ver a mulher abraçar outro, já começa a ficar com ciúme e logo depois termina o relacionamento acaba batendo na namorada”. (Manaus)

Embora as explosões de raiva e consequentes agressões físicas tenham sido mais associadas aos comportamentos dos meninos, houve relatos de frequentes agressões físicas das parceiras: “Tem o caso do meu primo. A mulher bate nele, bate e gosta. Depois fala que foi por amor. É uma obsessão” (Cuiabá).

Um entrevistado relatou já ter sido agredido fisicamente pela namorada por motivo de ciúme: “Eu já tomei uns tapas. Foi por ciúme. Aí eu parei e conversei com ela. A gente chegou assim, quase a um entendimento” (Rio de Janeiro).

Álcool e violência

Outro fator que pode desencadear a violência física é o uso abusivo de bebidas alcoólicas. O álcool é tido como o ingrediente que potencializaria episódios de desconfiança, ciúmes e agressões entre namorados. Nesse sentido, os indivíduos sob o efeito de álcool estariam mais suscetíveis a lidarem com os sentimentos de forma violenta, agredindo os próprios parceiros ou quem possa estar provocando ciúmes:

“Normalmente, agressão física acontece mais quando tem bebida alcoólica no meio, ou ciúmes, ele vai, já quer bater, já quer briga, já quer porrada”. (Cuiabá)

Nessa perspectiva, o álcool surge como que intensificando emoções já presentes nas pessoas. Os depoimentos abaixo afirmaram essa propriedade “potencializadora” do álcool.

“Ver tua menina bebaça, seu namorado bebaço, entendeu? Essa é a consequência. A bebida causa briga, causa tudo”. (Porto Alegre)

“Eu posso até me alterar um pouco com essa minha ex-namorada, eu cheguei até ter confusões. Tive briga com ela. Mas só que sempre quem era ofendido era eu. Eu sou um cara que bebo, mas fico tranquilo e tudo. Só que ele [um amigo] quando bebe se altera. Aí a namorada dele estava lá e tudo aí deu a hora da gente ir embora. Ele não queria ir. Só sei que ele se invocou para o lado da gente, dizendo que a gente estava dando em cima da namorada dele. Aí a namorada dele foi lá acalmar ele, o que é que aconteceu? Ele largou uma porrada nela, a cara da menina ficou toda roxa”. (Manaus)

Quando um tapa não dói

Quando o assunto é agressão física, os relatos indicam que as meninas são muito mais vitimadas por seus parceiros, embora, como averiguado neste estudo, as meninas também os agridam física e psicologicamente. Nessas situações, algo que se destaca é a visão dos rapazes sobre a agressão por parte da mulher. Há uma desqualificação de sua ocorrência por ser considerada “menos danosa”. Talvez por isso, esse tipo de agressão conte também com maior aceitação social, sendo, inclusive, autorizada em certos momentos.

Um depoimento do Rio de Janeiro revelou que a aceitabilidade da agressão feminina no namoro é graduada, indo dos chamados “tapinhas de mulher”, tidos como de menor impacto e, por vezes, “prazerosos”, até o tapa na cara, considerado um ato de humilhação pelos rapazes: “Tapinhas de mulher é até gostoso. Tapa na cara, aí é violência! Na cara não, é humilhação. Quando a mulher bate, nem se sente, não é igual ao homem batendo” (Rio de Janeiro).

Assim como nos casos de violência contra a mulher pelos parceiros íntimos, a traição masculina é, para os rapazes, a razão da violência praticada pela menina, sendo, inclusive, percebida como um direito: “Ela tem um direito de dar um tapa” (Cuiabá). Tal percepção pode ser entendida como expressão de uma lógica machista que passa a ser válida, também, para as meninas em algumas situações, mas que também revela seu lado mais tradicional e controverso: a culpabilização da vítima. Essa percepção transparece a seguir:

“Se batem [um casal], chega roxa aqui, mas ela gosta. [...] Se ela está com ele, então ela está gostando. Ela gosta de apanhar”. (Porto Alegre)

“Homem bater já é sacanagem; se bater numa menina machuca muito. Colega minha chegou toda roxa porque o namorado dela deu porrada nela. Continuou com o cara. Continua acontecendo. Bateu uma vez pode bater várias vezes. Porque aí a menina vai se acostumando”. (Porto Velho)

Agressão verbal ou psicológica: uma mistura explosiva de ameaças e xingamentos

Embora a violência física tenha sido, no geral, a principal representação da violência no namoro, a verbal foi uma categoria importante referida pelos rapazes: “Para mim [violência] é xingar a pessoa, falar mal, falar por trás” (Recife). Todavia, as agressões verbais foram descritas como um recurso masculino que pode ser acionado no lugar da violência física:

“Homem até para não bater xinga muito mais. Até por que ele não tem coragem de chegar e dar um tapa na namorada, ele vai xingar até ela cansar e ficar quieta e parar de encher o saco: ‘Vagabunda, cachorra! Sem Vergonha! Prostituta! Puta! Vadia! Sua vaca!’ A agressão verbal, eu acho mais aceitável do que a física. Eu já fui xingado, já xinguei”. (Cuiabá)

Um entrevistado associou as agressões a uma relação de dependência emocional e psicológica entre os parceiros:

“O garoto batia nela e a menina tinha medo de divulgar que acontecia isso. Às vezes acaba acontecendo: a menina chega em casa com um hematoma e não foi algo que ela quis. Às vezes ela deixou porque o menino forçou, ou ela está com medo de acabar o relacionamento. Tem muito dessa dependência também”. (Rio de Janeiro)

As ameaças são consideradas uma forma de agressão psicológica na medida em que são usadas como meio de pressionar ou constranger a parceira, além de serem, muitas vezes, predecessoras das agressões físicas e de se expressarem por meio de palavras ou gestos:

“Pode ser o cara falar [pra mina] que ela vai perder ele. Eu uso isso. Uma ameaça. O namorado quer que ela faça tal coisa, aí faz uma ameaça: ‘vou terminar, eu não quero mais que você faça isso, senão eu faço tal coisa também, ou te chifro. Olha tem uma garota me dando mole, se você fizer isso, eu saio com ela’”. (Rio de Janeiro)

Traições e o descontrole das emoções

Como visto anteriormente, a agressão física masculina é repudiada; porém, a traição feminina é considerada um ato violento, sobretudo as que são motivadas pela raiva ou vingança, somando-se, assim, às agressões verbais como principais estratégias de agressões por parte das meninas:

“[A agressão física] é de meninos para meninas, mas, meninas, quando estão com raiva já botam um chifre mesmo. Mas não agredem fisicamente. Até mesmo por causa do físico, mas é verbalmente mesmo”. (Recife)

Entretanto, se a traição feminina é uma agressão, a fala abaixo expressa bem o contexto machista em que é percebido o ato de trair, revelando a ideia de padrões diferenciados em relação à sexualidade masculina e feminina: “Trair não é violência não. Só se a mulher trair. Desde a pré-história o homem pode, a mulher não” (Brasília).

Agressões verbais e ameaças encontram espaço também na rede virtual, onde ganham conotação de “violência moral”. Diversos relatos mencionaram casos de difamação, xingamentos, humilhações públicas e exposição de fotos íntimas em redes sociais como forma de agredir parceiros ou ex-parceiros:

“Violência moral também pode existir. Difamar a pessoa que você está namorando, tirar foto da pessoa e colocar na Internet. Uma menina vai lá e levanta a blusa e mostra os peitos. O cara guarda essa foto e divulga na Internet para todo mundo ver. Eu conheço três meninas que passaram por uma situação dessas. Um caso foi de chantagem, ‘se você não ficar comigo eu vou divulgar’”. (Florianópolis)

Forçar a barra: o sexo forçado como agressão

Em relação às agressões sexuais, vemos que, em diferentes cidades, os adolescentes as representam, sobretudo, como sexo forçado:

“Forçar a barra para transar. A moça não quer e ele vai forçando. Aí, acaba dando até uma intriga”. (Porto Alegre)

“A questão dos hormônios. É o que mais acontece. Tem camarada que acha que está certo fazer isso com a mulher, ele vai lá e força a mulher. Ele acha que tem direito, força até cometer o ato. Daí pode até vir a violência sexual, mete e pronto”. (Recife)

Nessas situações, muitas vezes, a mulher é acusada de não perceber a situação de abuso sexual: “Tem muita gente por aí que não tem consciência que está sendo violentada” (Rio de Janeiro). Nessa linha, a atitude masculina é considerada desrespeito ao desejo feminino:

“Acontece quando o cara está de cabeça virada só quer saber de transar. Acha que mulher é objeto de desejo e pronto. Passar a mão. Tem gente que passa a mão na bunda, não quer nem saber. Tem garotas que permitem”. (Rio de Janeiro)

Tanto nessa como em outras falas, o ato de pressionar a garota para fazer sexo ou para ter outras intimidades sexuais foi repudiado pelos entrevistados, ainda que admitam que essa atitude não seja incomum nos relacionamentos:

“A menina não quer. Não queria ser tocada e eu já vi forçar. Ficando e querendo passar a mão nela e ela não querendo deixar. Quem não arrisca não petisca. Já vi e confesso que já aconteceu comigo”. (Cuiabá)

Tal pressão para o sexo pode ser concretizada de forma mais sutil, e nesses casos, a sedução masculina que tem por finalidade convencer a mulher a fazer sexo, também é compreendida como agressão sexual, sobretudo, se vem acompanhada da demanda que qualifica o sexo como uma espécie de “prova de amor”²³.

Discussão

Embora a violência no namoro tenha sido rechaçada, sobretudo, as agressões físicas e sexuais contra mulheres – qualificadas, muitas vezes, como *covardia* –, tal reprovação não excluía a visão estereotipada que responsabiliza a mulher pela agressão sofrida. Nesse ponto, ganha força a crença de que, quando a mulher apanha, é porque deu motivo para sofrer tal agressão ou, mesmo, porque gosta de ser agredida. Cabe salientar que essa é uma máxima que vale, também, para os garotos que são agredidos *por terem dado motivos*, como nos casos de infidelidade, em que as agressões físicas encontram justificativa.

A agressão verbal é compreendida como violência psicológica, o que converge com os achados de Oliveira et al.²³, indicando que a verbal é a mais praticada pelos adolescentes de ambos os sexos nas dez cidades pesquisadas, tanto em estudantes da rede pública como particular. Portanto, a maioria das falas centra-se nos temas de ciúme, traição, fofocas e xingamentos como fatores que desencadeiam as agressões verbal e física.

A agressão física cometida pelas namoradas é tolerável entre os meninos, pois é categorizada como de menor potencial ofensivo, o que coaduna com resultados de pesquisas anteriores que mostram que os adolescentes de ambos os sexos aceitam o uso da violência física das meninas mais que dos meninos²⁶.

Entretanto, como os estudos indicam, as mulheres são as que mais procuram os hospitais, necessitando de cuidados emergenciais por lesões e traumas. Constata-se uma real desvantagem das mulheres em relação aos homens na vitimização por agressões entre parceiros íntimos, pois, entre elas, há três vezes mais chances de serem feridas, cinco vezes mais chance de receberem assistência médica em função de um dano físico provocado pelo parceiro, e cinco vezes mais medo de morrer²⁷.

No material analisado, percebem-se os vários significados da violência, articulados à dinâmica das relações de gênero. Ser xingado ou ser humilhado é percebido como uma das piores violências pelos rapazes. Quando a menina *xinga ou humilha*, é como se sua performance verbal implicasse numa ruptura das barreiras que separam o masculino do feminino, maculando a noção de honra masculina, calcada na valorização do recato feminino.

A traição ou infidelidade feminina são aspectos que podem levar à violência física perpetrada contra as namoradas, e o dito ‘ciúme obsessivo’ é classificado como uma forma de violência psicológica exercida pelas mulheres.

A traição feminina é considerada, pelos rapazes, como um dos principais agentes causadores da violência masculina. O discurso sobre o adultério feminino revela o lugar em que a violência é vista como mais defensável e, da perspectiva masculina, a mais temida, pois envolve o risco de o rapaz ser categorizado como *cornio*. Pode ser dito que *ser cornio* tem uma função importante no senso da honra

entre os pares masculinos, integrando a definição tida como hegemônica da masculinidade. É como se os homens tivessem sua masculinidade neutralizada quando têm sua honra manchada, devendo lavá-la, muitas vezes, com sangue²⁸.

Nesse sentido, a noção de honra ou respeito (categoria mais preferida pelos adolescentes) pode funcionar como uma moeda por meio da qual eles negociam seu lugar, sobretudo, no que diz respeito às desigualdades de poder entre os gêneros²⁹. Nisso se insere uma gramática hierárquica, cujo binômio 'vadia'/'garanhão' refere-se às interdições do exercício do desejo e da sexualidade de modo distinto entre os sexos. Assim, a maioria dos relatos afirma uma ideologia tradicional nas relações entre os sexos. A mulher deve ser mais contida ou recatada, já o homem deve publicizar suas conquistas sexuais, recebendo a aprovação social.

Outro eixo de análise se concentra na percepção masculina sobre a violência contra a mulher. Não foram poucos os adolescentes que testemunharam agressões sofridas pelas moças por parte de seus companheiros, esposos ou namorados. Se, por um lado, eles repudiam toda a forma de violência na relação, por outro, atribuem à mulher o 'gosto' pela violência.

A perpetuação do repertório machista pode ser percebida em vários relatos sobre a violência física. Nesse discurso, está contida uma visão bastante frequente, no senso comum, nos casos de violência contra a mulher, culpabilizando-a pela agressão. Talvez uma das explicações possíveis para essa narrativa seja o fato de os homens e mulheres desconhecerem os efeitos psicológicos relativos ao impacto da violência nas formações subjetivas dos indivíduos, que requerem atenção especializada³⁰.

Pesquisas sobre vítimas de agressão doméstica, incluindo o abuso sexual, em geral, indicam a presença de: sentimentos de culpa, depressão, comportamento autodestrutivo, ansiedade, baixa autoestima, tendência a revitimização, dentre outros sintomas³¹. Entretanto, pouco se fala sobre o papel do agressor nessa interação violenta, tampouco da dominação masculina, incluindo as desigualdades sociais e econômicas³². A expressão "mulher gosta de apanhar" seria uma forma de reduzir a complexidade do problema, responsabilizando apenas uma das partes pela manifestação da violência interpessoal.

O tema "forçar a barra" foi o mais debatido como um tipo de agressão sexual. Quando se trata da violência sexual, os homens desaparecem como vítimas. Nessa perspectiva, o homem é visto como agressor, e não como objeto da violência sexual¹.

Considerações finais

Este artigo pretendeu analisar os significados da violência no namoro percebida por adolescentes brasileiros do sexo masculino. Buscou-se discutir tais significados à luz do conceito de gênero, particularmente, no âmbito da construção social das masculinidades. Atentou-se para a percepção diferenciada da violência segundo o gênero, que dá, a determinados fenômenos, uma configuração própria, como é o caso da desqualificação das agressões físicas perpetradas pelas mulheres. Por outro lado, foi bastante enfatizada a traição feminina como um ato que promove a violência masculina. Todavia, constata-se a negação do impacto emocional da violência nas subjetividades dos indivíduos que experimentam a violência no namoro.

A violência fundada na questão de gênero é um processo que tem início, na maioria das vezes, no começo dos relacionamentos. Os padrões de comportamento que levam alguns homens a usarem a violência contra as mulheres começam na infância e na adolescência. A violência contra as mulheres compreende: agressões físicas ou sua ameaça, maus-tratos psicológicos, abusos ou assédios sexuais, e diz respeito, ainda, a sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres por serem mulheres, isto é, por seu gênero³³.

Contudo, a violência de gênero, estrito sentido, não deve ser confundida com a violência contra as mulheres. Esta seria uma concepção que ignora as dimensões relacional e de performance que constituem as matrizes formadoras daquilo que convencionamos chamar de 'gênero'³⁴. Nessa linha, a figura da mulher é, geralmente, situada como vítima desprovida de agência, à mercê de uma 'masculinidade patriarcal e dominadora', que é atribuída aos homens em geral. Além de naturalizar

atributos sexuais nos marcos estritamente heteronormativos, tal perspectiva não problematiza as hierarquias de poder, tratando-as como dadas e universais. Por isso as violências que atingem os homens não são entendidas como violência de gênero, o que pode contribuir para a naturalização da agressão entre casais.

Atualmente, a violência de gênero tem sido compreendida, cada vez mais, como um importante problema de saúde pública, adquirindo posição de destaque neste campo, por acarretar lesões, traumas, mortes físicas e emocionais. Assim, episódios violentos, em suas diversas formas de manifestação, refletem vulnerabilidades diferenciadas por sexo.

Pensando dentro de uma perspectiva de promoção da saúde, é preciso ter em conta que a vinculação entre homens e violências afeta a compreensão dos profissionais do setor. Existe, segundo Sarti³⁴, um tipo de discurso biomédico sobre a violência que remete, sobretudo, à doméstica e familiar, a que ocorre no âmbito privado e atinge, sobretudo, mulheres e crianças. As vítimas de armas de fogo, em sua maioria homens, não são representadas como tais.

Desta forma e resumindo, os significados atribuídos ao fenômeno da violência no namoro são recortados por gênero, correspondendo às expectativas em relação aos papéis que homens e mulheres desempenham nas relações sociais. Mulheres sofrem a violência no âmbito privado, doméstico; são mais agredidas sexualmente por seus parceiros. Homens são, normalmente, invisibilizados nesse processo, pois seu lugar naturalizado é o de agressor, e não de vítima da violência de gênero.

Vale lembrar o ineditismo do tema da violência no namoro entre adolescentes no país, e a magnitude da investigação que deu origem a este estudo. Até então, pesquisas sobre violência entre parceiros íntimos privilegiavam os relacionamentos entre adultos. Outra contribuição importante foi trazer à tona as narrativas dos adolescentes do sexo masculino, pouco explorada no âmbito da temática violência entre parceiros íntimos.

Por fim, ressalta-se a importância de se repensar a associação entre violência e masculinidade, que identifica a agressividade como um atributo natural masculino³⁵. Entende-se que a reflexão sobre a violência em uma perspectiva relacional permite deslocar as definições prévias baseadas em representações sobre o sexo que é mais ou menos violento.

Colaboradores

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

Referências

1. Minayo MCS, Assis SG, Njaine K. Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011.
2. Heilborn ML, Carrara S. Em cena, os homens... *Estud Fem.* 1998; 6(2):371-4.
3. Heilborn ML. Gênero e hierarquia: a costela de Adão revisitada. *Estud Fem.* 1993; 1 Supl 1:50-82.
4. Leal OF, Boff AM. Insultos, queixas, sedução e sexualidade: fragmentos de identidade masculina em uma perspectiva relacional. In: Parker R, Barbosa RM, editores. *Sexualidades brasileiras*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1996. p. 121.
5. Minayo MCS. Laços perigosos entre machismo e violência. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10(1):23-6.
6. Kimmel MS. *Changing men: new directions in research on men and masculinities*. New York: Sage; 1987.
7. Connel R. *Masculinities*. Berkeley: Polity Press; 1995.
8. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica.* 2007; 23(3):565-74.
9. Souza ER. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10(1):59-70.
10. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2013: mortes matadas por armas de fogo [Internet]. Brasília (DF): Cebela; 2013 [acesso 2014 Ago 8]. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2014/Mapa2014JovensBrasil>
11. Saffioti HIB. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.
12. Frieze IH. Violence in close relationships – development of a research area: comment on archer. *Psychol Bull.* 2000; 126(5):681-4.
13. Fooshee VA, Reyes HL. Dating abuse: prevalence, consequences and predictors. In: Levesque RJR, editors. *Encyclopedia of adolescence*. New York: Springer Science; 2011. p. 602-15.
14. Saavedra R, Machado C, Martins C, Vieira D. Inventário de conflitos nas relações de namoro entre adolescentes (ICRNA). In: Simões MR, Machado C, Gonçalves M, coordenadores. *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica*. Coimbra: Almedina; 2011. p. 269-83.
15. Fernández-Fuertes AA, Fuertes A. Physical and psychological aggression in dating relationships of spanish adolescents: motives and consequence. *Child Abuse Negl.* 2010; 34(3):183-91.
16. Rodríguez FL, Antuña Bellerín ML, López-Cepero Borrego J, Rodríguez Díaz FJ, Bringas Molleda C. Tolerance towards dating violence in spanish adolescents. *Psicothema.* 2012; 24(2):236-42.
17. Shen AC, Chiu MY, Gao J. Predictors of dating violence among chinese adolescents: the role of gender-role beliefs and justification of violence. *J Interpers Violence.* 2012; 27(6):1066-89.
18. Hamby S, Nix K, DE Puy J, Monnier S. Adapting dating violence prevention to francophone Switzerland: a story of intra-western cultural differences. *Violence Vict.* 2012; 27(1):33-42.
19. Schiff M, Zeira A. Dating violence and sexual behaviors in a sample of at-risk Israeli youth. *Child Abuse Negl.* 2005; 29(11):1249-63.

20. Sherer M. The nature and correlates of dating violence among jewish and arab youths in Israel. *J Fam Violence*. 2009; 24(1):11-26.
21. Hokoda A, Ramos-Lira L, Celaya P, Vilhauer K, Angeles M, Ruíz S, et al. Reliability of translated measures assessing dating violence among mexican adolescents. *Violence Vict*. 2006; 21(1):117-27.
22. Gomez AM, Speizer IS, Moracco KE. Linkages between gender equity and intimate partner violence among urban brazilian youth. *J Adolesc Health*. 2011; 49(4):393-9.
23. Oliveira QBM, Assis SG, Njaine K, Oliveira RVC. Violências nas relações afetivo-sexuais. In: Minayo MSC, Assis SG, Njaine K, organizadores. *Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do "ficar" entre jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 87-139.
24. Taquette SR, Ruzany MH, Meirelles Z, Ricardo I. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. *Cad Saude Publica*. 2003; 19(5):1437-44.
25. Sears HA, Byers ES, Whelan JJ, Saint-Pierre M. If it hurts you, then it is not a joke: adolescents' ideas about girls and boys use of abusive behavior in dating relationships. *J Interpers Violence*. 2006; 21(9):1191-207.
26. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, ZWI AB. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization; 2002.
27. Hautzinger SJ. *Violence in the city of women: police and batterers in Bahia, Brazil*. Oakland: University of California Press; 2007.
28. Almeida, MV. *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. 2a ed. Lisboa: Fim de Século; 1995.
29. Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cad Saude Publica*. 1994; 10(1):7-18.
30. Inque SRV, Ristum M. Violência sexual: caracterização e análise de casos revelados na escola. *Estud Psicol (Campinas)*. 2008; 25(1):11-21.
31. Campos MAMR, Schor N. Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor. *Saude Soc*. 2008; 17(3):190-200.
32. Schraiber LB, Gomes R, Couto MT. Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(1):7-17.
33. Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.
34. Sarti CA, Barbosa RM, Suarez MM. Violência e gênero: vítimas demarcadas. *Physis*. 2006; 16(2):167-83.
35. Cecchetto F. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Cecchetto F, Oliveira QBM, Njaine K, Minayo MCS. Violencias percibidas por hombres adolescentes en la interacción afectivo-sexual en diez ciudades brasileiras. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):853-64.

Este artículo presenta el punto de vista de adolescentes hombres sobre el tema de la violencia en el noviazgo. Con base en entrevistas y grupos focales realizados en diez ciudades brasileñas entre 2007 y 2009, el texto toma como parámetro el análisis de los significados de los jóvenes acerca de la agresión física, psicológica y sexual dentro de las relaciones íntimas. La metodología del estudio se centra en los relatos de 257 estudiantes, con edades entre 15 y 19 años de escuelas públicas y privadas. Los resultados del estudio muestran que los significados atribuidos al fenómeno de la violencia en el noviazgo son vinculados a representaciones rígidas sobre los papeles de género, que corresponden a expectativas relacionadas al desempeño de los hombres y las mujeres en las relaciones afectivo-sexuales.

Palabras clave: Noviazgo. Violencia. Género. Masculinidad.

Submetido em 13/05/15. Aprovado em 30/12/15.

Atendimento à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual, em quatro capitais brasileiras

Suely Ferreira Deslandes^(a)
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira^(b)
Ludmila Fontenele Cavalcanti^(c)
Raimunda Magalhães da Silva^(d)

Deslandes SF, Vieira LJES, Cavalcanti LF, Silva RM. Health care of children and adolescents in situation of sexual violence, in four Brazilian capitals. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):865-77.

The paper analyzes the health care of children and adolescents in situation of sexual violence (SV) in the municipal public health network of four Brazilian cities - Porto Alegre (RS), Belém (PA), Fortaleza (CE) and Campo Grande (MS) -, focusing on the availability of services and the provision of care, such as hormonal emergency contraception (HEC), prophylaxis for sexually transmitted diseases (STDs) and legal termination of pregnancy (LTP). The case study method chosen was of semi-structured interviews, with twenty managers and technicians from the central level, representatives of the municipal health secretariats, as well as document analysis. The provision of care is uneven across the cities. Considering the high demand, there is low supply of services in three of them. The specialized care, as HEC and legal termination of pregnancy (LTP) still face resistance of professionals and religious sectors. The article highlights innovations of two Integrated Centers of Attention and a Psychosocial Care Center Post Trauma.

Keywords: Health Care. Child and adolescent. Sexual violence. Health Services.

O artigo analisa a atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de violência sexual (VS) na rede pública municipal de saúde de quatro capitais brasileiras – Porto Alegre (RS), Belém (PA), Fortaleza (CE) e Campo Grande (MS) –, enfocando a disponibilidade de serviços e a oferta de atendimentos, tais como a anticoncepção de emergência hormonal (AEH), profilaxias para doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e interrupção legal da gravidez (ILG). O método de estudo de casos foi conduzido por entrevistas semiestruturadas, com vinte gestores e técnicos do nível central, representantes das secretarias municipais de saúde, e de análise documental. A atenção é desigual entre as capitais. Considerando-se a alta demanda, há baixa oferta de serviços em três delas. Os atendimentos especializados, como AEH e ILG, encontram resistências dos profissionais e setores religiosos. Destacam-se inovações de dois Centros Integrados de Atenção e de um Centro de Atenção Psicossocial Pós-Trauma.

Palavras-chave: Atenção à Saúde. Criança e adolescente. Violência sexual. Serviços de Saúde.

^(a) Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. Av Rui Barbosa, 716/2º andar - Departamento de Ensino, Flamengo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22250-020. deslandes.s@gmail.com

^(b,d) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza. Fortaleza, CE, Brasil. janeeyre@unifor.br; rmsilva@unifor.br

^(c) Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Escola de Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. ludmila.ufrj@gmail.com

Introdução

A violência sexual (VS) é definida pelas agências brasileiras e internacionais de saúde como todo ato ou jogo sexual de cujo agressor se encontra em estágio de desenvolvimento psicossocial mais adiantado do que o da criança ou adolescente envolvido. Tem como intenção estimulá-lo sexualmente ou utilizá-lo para obter satisfação sexual. Baseia-se em desiguais relações de poder (de força, inteligência, autoridade), podendo se manifestar de diversas formas (com ou sem contato físico, com ou sem conjunção carnal)^{1,2}.

Os danos físicos e emocionais da VS a crianças e adolescentes variam: desde doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), lesões genitourinárias e gravidezes indesejadas até manifestações como desconfiança, dificuldade de expressão, baixa autoestima, isolamento, comportamento agressivo e/ou defensivo, retraimento e depressão^{3,4}.

A VS é reconhecida como uma violação dos direitos humanos e dos direitos sexuais, que impede crianças e adolescentes de usufruírem de uma sexualidade compatível com seu estágio de desenvolvimento, livre de discriminação ou coerção. Viola o direito reprodutivo de adolescentes de decidirem livre e responsabilmente sobre terem filhos (quantos e quando), bem como o acesso à informação e aos meios para a tomada desta decisão^{5,6}.

A incidência do fenômeno VS em crianças e adolescentes aponta o risco maior de vitimização de meninas, evidenciando assimetrias de gênero⁷, incorporando representações sociais historicamente construídas e relações de dominação, que designam a homens e mulheres papéis e oportunidades desiguais na sociedade.

Segundo estimativa do UNICEF, em 2014, no contexto mundial, cerca de cento e vinte milhões de meninas com idades até 19 anos foram submetidas à VS pelo menos uma vez na vida. Inexiste estimativa global sobre meninos, apesar de também estarem expostos a este tipo de violência⁸.

No Brasil, no biênio 2011-2012, registraram-se 112.394 denúncias de VS contra criança e adolescente, pelo serviço nacional de denúncia, o Disque 100⁹.

O setor Saúde constitui, entre as políticas e serviços públicos, o *locus* para onde converge a maior parte das vítimas de violências¹⁰. Cerca de vinte casos de crianças até nove anos, vítimas de VS, são notificados diariamente na rede pública de saúde. Registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) mostram que, em 2012, houve 7.592 notificações de VS nessa faixa etária, correspondendo a 27% dos casos de violência infantil registrados. Nesse mesmo ano, na faixa etária de dez a 19 anos, foram notificados 9.919 casos de abuso sexual¹¹. Todavia, muitas situações de VS contra esses grupos não chegam à rede pública de saúde ou não são identificadas pelos profissionais.

A organização da atenção integral à saúde de crianças e adolescentes em situação de VS requer uma dinâmica complexa, pois demanda o atendimento a questões clínicas, psicológicas, sociais e legais, visando a continuidade do atendimento e restauração de direitos violados. Requer, ainda, a articulação das ações desenvolvidas pela saúde com as de proteção social e com as demais agências e atores do Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente nos territórios^{1,12,13}.

O próprio Ministério da Saúde reconhece que, por ser um dos espaços privilegiados para a identificação de mulheres, adolescentes e crianças em situação de VS, o setor tem papel fundamental na definição e na articulação dos serviços e organizações, que, direta ou indiretamente, atendem essas situações¹⁴. A organização desses serviços é de responsabilidade do gestor local da saúde, cuja atuação é normatizada pela Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (NT)¹⁴. A NT regula os atendimentos clínico e psicossocial, que devem ser prestados a partir de uma postura de acolhimento, escuta ativa e discricção. A NT também orienta sobre as instalações físicas, os recursos humanos e os medicamentos a serem disponibilizados na unidade de saúde às vítimas de VS, visando a profilaxia das DSTs e dos demais agravos delas decorrentes.

Percebe-se o aumento da produção científica nacional sobre VS contra crianças e adolescentes. Entretanto, ainda são incipientes os estudos sobre a atenção à saúde desse segmento, na perspectiva da atenção nos serviços de saúde. Levantamento realizado em janeiro de 2015, na base Scielo,

tomando a VS como assunto e incluindo o descritor “atenção”, resultou em 13 artigos. Porém, quando refinada a busca para adolescentes, apenas três deles permaneceram.

Nesse sentido, este artigo analisa a atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de VS na rede pública municipal de saúde de quatro capitais brasileiras, enfocando a composição e a articulação entre serviços e a oferta de atendimentos estratégicos, entre 2010-12, tais como: a anticoncepção de emergência hormonal (AEH), profilaxias para DSTs e interrupção legal da gravidez (ILG).

Método

O presente artigo insere-se na pesquisa multicêntrica denominada “Avaliação das estratégias governamentais municipais no enfrentamento da exploração sexual de crianças e adolescentes em quatro capitais das macrorregiões brasileiras”. Este estudo focou os cinco eixos da atuação dos governos municipais no enfrentamento às violências (1 Prevenção e promoção de vínculos cuidadores; 2 Atenção às crianças e aos adolescentes em situação de violência; 3 Fortalecimento do sistema de garantia de direitos; 4 Registro e notificação; e 5 Responsabilização dos autores). Utilizou um conjunto de indicadores construídos com o apoio de especialistas e por meio de metodologias participativas¹⁵, aplicados em pesquisas anteriores e avaliados quanto ao seu desempenho¹⁶. Este artigo enfoca unicamente o eixo de atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de VS.

O estudo de caso¹⁷ adotado constitui método investigativo comumente empregado pelas ciências sociais. Esse método possibilita um aprofundamento tanto exploratório quanto analítico acerca de um objeto delimitado geográfica e temporalmente. Alia, ao percurso interpretativo, teorias, práticas ou experiências adquiridas pelos pesquisadores; permite aprofundamento na investigação empírica; apresenta procedimentos metodológicos flexíveis; e pode utilizar técnicas da pesquisa histórica, da análise de documentos, de observações e de entrevistas^{17,18}.

O estudo é composto por quatro casos selecionados pelos critérios de diversidade regional, alta incidência de denúncias de VS e exploração sexual, e aceitação das prefeituras em participar da pesquisa. Para a seleção das capitais, foram consultadas informações oriundas do serviço nacional de denúncias Disque 100, considerando-se a soma de denúncias no período de 2003 a 2010. Assim, selecionaram-se as capitais Porto Alegre (RS), Campo Grande (MS), Belém (PA) e Fortaleza (CE), garantindo a representação de quatro das cinco regiões brasileiras. A Região Sudeste não foi incluída por ter sido analisada em estudo anterior, atuando como teste dos indicadores aplicados. A análise considerou a existência de serviços da rede pública municipal de saúde para atenção às crianças e aos adolescentes em situação de VS e a oferta de atendimentos clínicos e psicossociais dispensada a esse grupo.

A pesquisa foi apresentada em seminário a todas as secretarias de governo com atuação na área da infância. A entrada em campo se deu somente após a assinatura do termo de adesão de cada prefeitura.

A coleta de dados, realizada no período de junho a novembro de 2012, pautou-se na aplicação de entrevistas e análise de documentos produzidos pelas secretarias. A coleta foi feita por equipes locais, lideradas por pesquisador sênior com formação em Saúde Coletiva.

Foram realizadas vinte entrevistas com gestores e técnicos do nível central das secretarias municipais de saúde. O critério de inclusão do entrevistado foi o de ser gestor da secretaria de saúde (secretário ou subsecretário) ou representante oficialmente designado. Também foram selecionados os coordenadores de serviços de referência ao atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de VS. Não houve recusa ao estudo.

As entrevistas ocorreram em duas sessões, com intervalo médio de dois meses e com duração média de 35 minutos. O roteiro da primeira entrevista foi semiestruturado e tratou dos seguintes temas: oferta e disponibilidades de serviços, atuação intersetorial para o atendimento, oferta de profilaxias para DST/Aids, interrupção da gravidez e AEH. O segundo roteiro foi aberto incluindo questões de esclarecimento e confirmação sobre as informações da primeira entrevista. As entrevistas foram transcritas e tomadas como fontes documentais orais.

Além dos depoimentos, os documentos das secretarias de saúde que caracterizassem a rede de atenção e a oferta de serviços relatados pelos gestores foram categorizados segundo preceitos da análise temática¹⁹.

A categorização do acervo foi orientada pela base normativa contida nas políticas, planos e notas técnicas que preconizam a atenção às pessoas em situação de VS, com ênfase nas orientações da NT¹⁴. O período considerado no estudo foi o de 2010 a 2012. Assim, para a análise, foram definidas duas unidades temáticas, com seus subtemas: (1) caracterização da rede municipal de saúde na atenção às crianças e aos adolescentes em situação de VS, abrangendo (a) unidades do Sistema Único de Saúde que façam tal atendimento e (b) a existência de um fluxo intersetorial de atenção e a participação do setor Saúde; (2) oferta de atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de VS, incluindo (a) AEH, (b) ILG e (c) oferta e fluxo para profilaxias DST/Aids e hepatites virais.

Os resultados foram dispostos descritivamente, em um primeiro nível, agrupados pelas temáticas e subtemas identificados, destacando, individualmente, cada capital. Posteriormente, as principais tendências e questões observadas foram confrontadas com a literatura. Todos os resultados foram apresentados em sessão pública aos gestores e técnicos participantes do estudo, a fim de confirmar as informações e identificar eventuais correções necessárias.

O projeto obteve sua aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto Fernandes Figueira, da Fundação Oswaldo Cruz.

Resultados

Cada uma das quatro capitais estudadas apresentou, em 2010²⁰, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal considerado alto, variando de 0,729, em Belém, a 0,805, em Porto Alegre. Embora o Índice de Gini da renda domiciliar per capita registrado em cada capital aponte uma variação positiva na última década, foram mantidos patamares de alta desigualdade econômica, de 0,56, em Campo Grande, a 0,61, em Porto Alegre e Fortaleza. Este cenário é afetado pela desigual disponibilidade de serviços públicos nos territórios. A variação do percentual de mães chefes de família sem Ensino Fundamental e com filho menor, no total de mães nessa categoria, variou de 11,70, em Campo Grande, a 19,39, em Fortaleza. Tais características sinalizam cenários de vulnerabilidade social para o segmento infantojuvenil.

Breve caracterização da demanda e da oferta na rede de saúde para a atenção às crianças e aos adolescentes em situação de VS

Considerando-se as notificações de VS realizadas pelos serviços de saúde (Tabela 1) no período estudado, verifica-se elevado número de casos, especialmente em Belém e Porto Alegre. Em contrapartida, Fortaleza, provavelmente devido à baixa implantação da "Ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências", apresentou poucos casos.

Os gestores afirmaram que a maioria dos serviços da rede básica municipal oferecia algum atendimento a crianças e adolescentes em situação de VS. Todavia, os serviços de referência apresentaram diferenças entre as capitais, com destaque para Campo Grande e Porto Alegre, pelo maior número de unidades apresentado (Quadro 1).

Belém, com menor número de unidades de referência, informou que os serviços da rede municipal apenas realizavam o acolhimento básico e a notificação. As unidades encaminhavam para a realização das profilaxias no hospital da Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP), gerenciada pela rede estadual. Lá funciona o Programa PROPAZ, especializado no atendimento à VS, que constitui um centro integrado de atendimento e inclui um posto do Instituto Médico Legal (IML). Quando se passavam 72 horas da ocorrência, o caso era enviado para a Rede Municipal de Atenção para Infecções Sexualmente Transmissíveis, Aids e hepatites virais, em um único serviço, a Casa Dia.

Tabela 1. Distribuição dos casos de violência sexual por sexo, segundo município de notificação, Belém, Campo Grande, Fortaleza e Porto Alegre, 2010-2012.

Características	Belém		Campo Grande		Fortaleza		Porto Alegre	
	Masculino N	Feminino N	Masculino N	Feminino N	Masculino N	Feminino N	Masculino N	Feminino N
Faixa Etária								
<1 ano	26	73	158	183	09	05	60	71
01 - 04 anos	139	441	283	294	02	07	154	336
05 - 09 anos	312	845	229	230	01	06	274	603
10 - 14 anos	183	1.371	135	301	01	30	182	786
15 - 19 anos	45	407	137	338	11	26	86	282
Total	705	3.137	942	1.346	24	74	756	2.078

Fonte: DATASUS [acesso 2015 Jan 24]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinanet/violencia/bases/violebrnet.def>

Quadro 1. População e serviços de atendimento às crianças e adolescentes em situação de violência sexual mencionados pelos gestores – Fortaleza, Belém, Campo Grande, Porto Alegre, 2012.

Capital e população de crianças e adolescentes (0 a 19 anos)	Unidades de referência (gestão municipal)	Unidades hospitalares de referência (gestão estadual/federal)	Unidades de atendimento psicossocial para crianças e adolescentes (gestão municipal)
Fortaleza 778.534	N=2 • Hospital da Mulher de Fortaleza; • Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM).	N=1 • Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).	N=2 • 2 CAPSi.
Belém 450.974	N=1 • Casa Dia Centro de Ats em Doenças Infecciosas Adquiridas.	N=1 • Programa PROPAZ da Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMP).	N=1 • 1 CAPSi.
Campo Grande 248.310	N=10 • 6 Centros Regionais de Saúde (CRS) de Pronto Atendimento (24 horas); • 3 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); • 1 Centro de Doenças Infecções Parasitárias (CEDIP) no Hospital Dia.	N=3 • Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (NHU/UFMS); • Santa Casa de Misericórdia; • Hospital Regional de Mato Grosso do Sul.	N=2 • 1 CAPSi; • 1 CAPS Pós-Trauma.
Porto Alegre 367.306	N=2 • Centro de Referência de Atendimento Infantojuvenil do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV); • Serviço de Proteção à Criança (SPC).	N=3 • Hospital de Clínicas de Porto Alegre; • Hospital Fêmina; • Hospital Nossa Senhora da Conceição.	N=2 • 2 CAPSi.

Fonte de dados da população: Censo IBGE 2010.

Na rede pública municipal de saúde de Porto Alegre, destacou-se o Centro de Referência de Atendimento Infantojuvenil (CRAI), do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (HMIPV), que, além dos cuidados de saúde, oferecia atendimento integrado ao IML, para perícia médica, psiquiátrica e psicológica, e um posto da delegacia especializada no atendimento a crianças e adolescentes, apresentando uma média de 1,5 mil atendimentos por ano. O único serviço de acompanhamento ambulatorial (Serviço de Proteção à Criança), sediado no Centro de Saúde Instituto de Assistência e Proteção à Infância (IAPI), contava com pequena equipe multiprofissional.

Entretanto, mesmo entre os serviços de referência citados, nem todos estavam em pleno funcionamento. Segundo os gestores, em Fortaleza, a referência para atendimento com maior complexidade concentrava-se no Hospital da Mulher de Fortaleza. Todavia, à época da coleta de dados, esse serviço recém-inaugurado ainda não iniciara o atendimento, sendo este realizado no Hospital Distrital Gonzaga Mota de Messejana (HDGMM) e no Hospital Infantil Albert Sabin, da rede estadual.

Sobre o atendimento de saúde mental, a despeito da considerável população de crianças e adolescentes e de casos de VS, em Belém, havia apenas um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), e este, segundo a gestão central, não realizava trabalho voltado para crianças e adolescentes em situação de violência. Em Campo Grande, foi referido que, além do CAPSi, havia um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Pós-Trauma, que era um dos únicos do País especializado no atendimento de transtornos e traumas decorrentes da vivência de violências.

Inserção do setor Saúde em fluxo intersetorial de atendimento

Fortaleza apresentou um fluxo intersetorial para atendimento às situações de violência publicado no Protocolo de Atendimento ao Adolescente com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). O fluxo para atendimento inclui a VS e prevê portas de entrada na rede (serviços de saúde, delegacias, escola e Conselho Tutelar), além de fluxo específico para atendimento de adolescentes. O documento apresenta a rede de apoio e proteção discriminada em: assistências médica, psicossocial, social, jurídica e policial, além de perícia médica, conselhos, fóruns/redes e órgãos de defesa, e centros educacionais. O mesmo fluxo também se encontra inserido nas linhas de cuidado na atenção à saúde da criança, da SMS de Fortaleza²¹.

Os fluxos e encaminhamentos que envolvem as unidades de saúde, assim como os realizados pelas instituições do Sistema de Garantia de Direitos eram articulados pelo Centro de Referência de Direitos Humanos de Crianças e Adolescentes, que monitora as denúncias do Disque 100 e dos Conselhos Tutelares de Fortaleza. Destaca-se a articulação das unidades de saúde, assim como: a Delegacia Especializada de Combate à Exploração de Crianças e Adolescentes, o Centro de Referência Especializado de Assistência Social, os Conselhos Tutelares, a Defensoria Pública e o projeto não governamental Vira Vida, além da Rede Aquarela, da Secretaria Municipal de Direitos Humanos.

Em Belém, depoimentos de representantes das secretarias municipais de educação, de saúde e da Fundação Papa João XXIII asseguraram a inexistência de fluxo intersetorial pactuado e vigente. Contudo, um representante da Saúde informou que, anteriormente, um fluxo de atendimento intitulado “Protocolo de Atenção Integral a crianças e adolescentes vítimas de violência: uma abordagem interdisciplinar na Saúde” fora elaborado sem pactuação com a secretaria municipal de saúde, sugerindo conflitos entre a articulação estadual e a municipal. Todavia, esse fluxo não chegou a ser implantado.

“A secretaria nunca foi chamada para pactuar. Foi chamada para receber o atendimento de protocolo de crianças vítimas de violência pelo Estado. [...] Fiquei surpresa com o protocolo, já estava pronto”.
(representante da SMS)

A secretaria de saúde, por sua vez, por meio do Núcleo de Prevenção da Violência Doméstica e Promoção da Paz, esboçou um “manual de atendimento” para construir e pactuar um fluxo, tendo realizado uma oficina com a participação de representantes da Segurança Pública (delegacias) e da

Assistência Social. A publicação foi distribuída nas capacitações de profissionais das unidades de saúde, mas encontrou problemas de implantação devido à rotatividade dos profissionais.

Em Campo Grande, inexistia um fluxo pactuado intersetorialmente. Havia um protocolo de atendimento às crianças e aos adolescentes em situações de VS válido para as unidades de saúde.

“Qualquer unidade, dentro do setor Saúde, que atenda um caso, suspeito ou confirmado, sabe exatamente para onde encaminhar, o que tem que fazer com a família e com o paciente. Sabe que tem que comunicar ao Conselho e encaminhar esse caso para uma unidade de referência”. (representante da SMS)

Em Porto Alegre, em 2012, não havia fluxo intersetorial. As ações se concentravam setorialmente em: Saúde, Segurança Pública, Direitos Humanos e Assistência Social, e não eram específicas para VS. Representantes da SMS reafirmaram a inexistência de fluxo ou protocolo que orientasse esse atendimento nas unidades de saúde.

Oferta de atendimentos às crianças e adolescentes em situação de VS

O risco de gravidez decorrente de VS varia entre 0,5% e 5%, e pode representar uma segunda forma de violência. Esta realidade é ainda mais delicada quando as vítimas são adolescentes. A complexidade desta situação, envolvendo questões éticas e legais, além dos danos por ela provocados, pode ser evitada, em muitos casos, com a AEH. Neste sentido, os gestores de saúde têm a responsabilidade de garantir a disponibilidade e o acesso adequado à AEH¹⁴.

Outra medida protetora refere-se às profilaxias de DST/Aids e hepatites virais, indicada nas situações de exposição com risco de transmissão, independentemente da presença ou da gravidade das lesões físicas, e da idade¹⁴.

Anticoncepção de emergência hormonal (AEH)

Em Fortaleza, representante da SMS informou que uma das unidades de atenção especializada no atendimento de HIV e Aids – o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) – e o HDGMM ofereciam a AEH.

Em Belém, representante da SMS citou a Santa Casa de Misericórdia e a Casa Dia como unidades de atenção especializada no atendimento às DST/Aids que faziam essa oferta.

Em Campo Grande, a representante da Saúde informou que todas as unidades atendiam a esse procedimento. Os três hospitais vinculados às outras esferas de governo também ofertavam a AEH. Também foi enfatizada a baixa utilização desse medicamento, refletindo os preconceitos e as influências religiosas dos próprios profissionais, que omitem a existência e a disponibilidade do medicamento.

“Será que é preconceito? – Não vou dar, não vou nem falar que tem. Eu não quero trabalho, eu não quero esse pessoal aqui, me pedindo isso, porque eu vou ter que inserir num acompanhamento, no planejamento familiar’. Ainda temos que ver o que é. Porque é muito pouco uso da AEH. É um método e deveria estar sendo utilizado”. (representante da SMS)

A entrevistada citou, ainda, a articulação política da ala religiosa conservadora para que o medicamento não fosse distribuído.

“Semana passada teve uma reunião de alguns candidatos a vereadores com o arcebispo aqui da igreja [...] e fizeram propostas para o arcebispo, para a igreja católica. E uma delas é a proibição da distribuição da AEH”. (representante da SMS)

Em Porto Alegre, a SMS informou que o CRAI do HMIPV e a unidade básica onde se insere o IAPI ofertavam a AEH, além de todas as unidades básicas e centros de saúde.

Interrupção legal da gravidez (ILG)

Em Fortaleza, de acordo com os depoimentos dos profissionais de saúde, os hospitais HDGMM e Nossa Senhora da Conceição realizavam essa intervenção, e o Hospital da Mulher de Fortaleza também realizaria, futuramente, esse procedimento. Todavia, as informações indicam que, mesmo nessas unidades, havia muita descontinuidade da oferta e resistência das equipes.

“Não são todos os profissionais que aceitam. Existem, nas equipes, alguns médicos que fazem e outros não. Começam a fazer um trabalho de organização com os profissionais que já estão fazendo. Mas alguns profissionais, por motivo religioso, ainda não concordam”. (profissional da SMS)

Em Belém, somente o Hospital da Santa Casa de Misericórdia (estadual) era referência para realizar a ILG, configurando completa ausência de oferta na rede municipal.

Representante da SMS de Campo Grande informou que somente o Hospital Regional de Mato Grosso do Sul realizava tal atendimento. Nenhuma unidade municipal assumiu essa ação, nem mesmo o Hospital da Mulher.

Representante da SMS de Porto Alegre informou que as mesmas unidades hospitalares que constituíam referência para o atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de VS (HMIPV, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Fêmeina e Nossa Senhora da Conceição) realizavam a ILG, no entanto, apenas a primeira estava sob gestão municipal.

Oferta e fluxo para profilaxias de DST/Aids e hepatites virais

Em Fortaleza, foram citados apenas dois serviços municipais que prestavam esse atendimento: o HDGMM e o SAE. O hospital realizava o acompanhamento ambulatorial e, para imunoprofilaxia das hepatites virais, apenas um dos 11 SAE do município (Centro de Saúde da Família Carlos Ribeiro), além do Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), de gestão estadual, prestavam esse atendimento.

Em Belém, foram apontadas duas unidades que realizavam o atendimento: no CRIE, que funciona no Hospital da Santa Casa de Misericórdia; e a Casa Dia (unidade municipal especializada em atendimento das DST/Aids), que ofertava imunoprofilaxia para as hepatites virais.

Em Campo Grande, foram citadas como referência as mesmas unidades para o atendimento às crianças e aos adolescentes em situação de VS, acrescidas do Hospital Dia/Centro Especializado de Doenças Infectoparasitárias (CEDIP). Haveria, portanto, dez unidades municipais ofertando esse serviço. Além delas, os três hospitais mencionados também realizavam essa profilaxia. As dez unidades mencionadas anteriormente disponibilizariam a imunoglobulina. O CRIE, instalado no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, também ofertava todas as vacinas e realizava o protocolo completo.

Em Porto Alegre, representante da SMS citou como referência as mesmas unidades hospitalares que realizavam a AEH e a ILG, frisando que somente uma era municipal, o HMIPV. Os entrevistados informaram que todas as unidades de referência encaminhavam os casos para o CRIE de referência regional.

Discussão

Embora as quatro capitais possuam uma rede de saúde complexa e com realidades distintas, o quantitativo de unidades de saúde que atendem às demandas clínicas e psicossociais das situações de VS de crianças e adolescentes é bastante insuficiente, se for considerada a magnitude desse fenômeno e as exigências legais para esse atendimento²². Paulatinamente, vem ocorrendo nacionalmente um aumento do número de serviços voltados para a atenção às mulheres em situação de VS, que acabam por incluir crianças e adolescentes²³; todavia, observam-se retrocessos, pois serviços especializados

com expertise para atendimento ao segmento infantojuvenil têm sido precarizados ou fechados, e os de atendimento a mulheres ainda apresentam baixa cobertura para o território nacional²⁴.

Nesse contexto, observa-se que a organização dessa atenção é desigual entre as regiões brasileiras. A afirmação dos gestores de que todas as unidades da rede básica estariam aptas a identificar, notificar e encaminhar os casos para unidades de maior complexidade demandaria uma investigação mais apurada quanto à sua fidedignidade. Tal afirmação pode significar cenários distintos: um de real investimento na capacitação dos profissionais para atuar, e outro em que o caso (quando identificado) é “atendido” para ser simplesmente “enviado” a outro serviço.

Em três dos quatro municípios, o atendimento de referência ocorria por meio de serviços de emergência situados na atenção terciária. Em contrapartida, permanece nessas, e na maioria das capitais, a necessidade de capilarização do atendimento da atenção primária em saúde²⁵.

As experiências de centros integrados de atendimento – como as do CRAI de Porto Alegre e do Programa PROPAZ, em Belém (estadual) – capazes de reunir, em um mesmo espaço físico, o atendimento médico, o psicossocial, o de perícia legal e de denúncia policial destacam-se, positivamente, pela integralidade do atendimento e pela intersectorialidade da atenção.

A participação das instâncias estaduais e federais observada pode representar uma articulação em rede das unidades de saúde nessa atenção, assim como também significar uma relativa ausência da gestão municipal, responsável pela execução da política voltada a esse segmento, como verificado em Belém.

A oferta de serviços de saúde mental para a atenção às crianças e aos adolescentes em situação de VS em todas as quatro capitais, para além do cumprimento ao previsto nas políticas referentes¹, qualifica a atenção prestada. Todavia, como têm denunciado vários estudos em todo o País, a oferta ainda é baixa, com poucos CAPSi para populações de dimensões metropolitanas²⁶. Como problematiza estudo recente²⁷, a existência de CAPSi não garante a oferta de psicoterapia para as crianças e os adolescentes que sofreram VS. Segundo diretriz governamental, esses serviços devem atender a transtornos mentais severos e/ou persistentes, mas tais critérios não são claramente definidos e tal julgamento é feito pelo profissional. Assim, os casos que não são reconhecidos nessa condição não encontram serviço de referência na rede pública de saúde para atendimento psicoterápico. Nesse cenário restritivo, destaca-se a experiência pioneira de Campo Grande, com um CAPS especializado no atendimento aos traumas e transtornos decorrentes das violências.

Sobre a inserção do setor Saúde em um fluxo intersectorial, observa-se o esforço dos municípios quanto ao estabelecimento de vínculos formalizados com os demais setores para compor uma rede integrada de atenção a vítimas de violência. Chama a atenção que três municípios possuíam protocolos publicados e divulgados ou em fase de elaboração, mas cujo processo de implementação enfrentava problemas. Como a literatura aponta, a baixa articulação intersectorial favorece a segmentação da atenção, fragiliza a integralidade do cuidado e expõe esse grupo a novas modalidades de violência, destacando-se a institucional²⁸. Em contrapartida, observa-se o aumento de até quatro vezes no número de atendimentos, quando existe um protocolo integrado com atuação intersectorial, evidenciando que a existência da oferta influi na busca por atendimento²⁹. A elaboração de fluxos operacionais torna-se relevante para qualificar o processo de trabalho de profissionais que se articulam em rede e contribuir para responder às exigências legais, além de reorientar práticas³⁰.

As dificuldades encontradas nessa pesquisa, em relação à AEH, também são mencionadas na literatura^{31,32}. Nota-se a ausência de capilaridade da oferta nas unidades básicas de saúde, centralizada nas unidades de referência. A insuficiência e a demora da AEH conduzem à baixa eficácia, podendo contribuir para o aumento do número de gestações resultantes de VS. Como foi verificado em pesquisas, mesmo nos municípios em que a medicação encontra-se nas unidades, a oferta é comprometida por mitos, preconceitos, convicções éticas e religiosas dos componentes das equipes de saúde, bem como sofre pressão de movimentos religiosos conservadores³³. Estudos recentes revelam que a oferta da AEH em situação de VS ainda tem cobertura insuficiente, mesmo nos Estados Unidos. Patel et al.³⁴ analisam, em amostra representativa dos hospitais americanos, a oferta da AEH, entre os períodos de 2004 e 2009, e revelam que a provisão do medicamento nos casos de VS cresceu apenas 1%, chegando a 64%.

Sobre a ILG, o que foi observado também é enfatizado em pesquisas sobre o tema que denunciam as flutuações da oferta do atendimento pela baixa adesão dos profissionais de saúde, que alegam “objeção de consciência”, evidenciando o confronto entre tal prerrogativa profissional e os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres³⁵. Embora no Brasil o Ministério da Saúde tenha normatizado os procedimentos para a interrupção de gravidez por VS^{14,36}, como em outros estudos³⁷, observa-se, também, a interferência religiosa para coibir esse atendimento.

Todavia, é mister lembrar a responsabilidade da gestão em garantir, nesses serviços, os atendimentos clínico, ginecológico, cirúrgico e psicossocial, contando com: serviço de apoio laboratorial; apoio diagnóstico e de farmácia hospitalar; e notificação compulsória institucionalizada³⁸.

Do mesmo modo, a oferta das profilaxias de DST/Aids e hepatites virais se mostra insuficiente, muitas vezes sem definição de fluxo e vinculada a serviços de referência. Nos EUA, há oferta de profilaxia para HIV em 65% dos hospitais de emergência americanos, e em 77% para outras DSTs³⁹. Lá, o problema encontrado é a baixa adesão aos protocolos de acompanhamento ambulatorial⁴⁰. Em nosso estudo, em três das quatro capitais, o atendimento era concentrado em poucos serviços. Apesar das severas consequências físicas e emocionais das DSTs decorrentes da VS, o despreparo dos provedores e dos profissionais de saúde, no País, é apontado como um dos obstáculos à precocidade da intervenção⁴¹.

Finalmente, ressalva-se que o estudo apresenta limitações por ancorar-se na declaração dos gestores (ainda que confrontadas por documentação oficial), não tendo sido realizadas visitas aos serviços ou checadas as ações citadas a fim de verificar sua veracidade. Além disso, não inclui as opiniões dos familiares sobre o atendimento.

Considerações finais

A atenção à saúde de crianças e adolescentes em situação de VS é regulada por normativas ainda não satisfatoriamente efetivadas pela gestão por meio de práticas profissionais capazes de minimizar as severas repercussões que essa violência acarreta à saúde desse grupo, devendo se articular mediante oferta organizada e qualificada, que assegure o exercício pleno dos direitos humanos¹⁴. Nota-se a necessidade de fortalecimento do diálogo intersetorial para consolidação e revisão de fluxos e protocolos, evitando fragmentação da atenção, desperdício de tempo e mais sofrimento às famílias. As ofertas de psicoterapia, AEH, ILG e das profilaxias de DST/Aids e hepatites virais devem assegurar direitos conquistados e garantidos por lei, na perspectiva da proteção integral de crianças e adolescentes, o que envolve um processo contínuo de qualificação e supervisão aos profissionais e gestores de saúde.

Colaboradores

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

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço. Brasília (DF): MS; 2002.
2. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: OMS; 2002.
3. Mello LCA, Dutra E. Abuso sexual contra crianças: em busca de uma compreensão centrada na pessoa. *Rev Abordagem Gestalt*. 2008; 14(1):39-47.
4. Avanci J, Assis S, Oliveira R, Pires T. Quando a convivência com a violência aproxima a criança do comportamento depressivo. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(2): 383-94.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo. Brasília (DF): MS; 2005.
6. Mattar LD. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais: uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. *Sur Rev Int Direitos Human*. 2008; 5(8):60-83.
7. Cordeiro F, Heilborn ML, Cabral CS, Moraes CL. Entre negociação e conflito: gênero e coerção sexual em três capitais brasileiras. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(4):1051-62.
8. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Uma análise estatística sobre violência contra crianças [Internet]. Portugal; 2014 [acesso 2015 Mar 12]. Disponível em: <http://www.unicef.pt/violencia-criancas/violencia-criancas-2014.html>
9. Secretaria de Direitos Humanos. Presidência da República (BR). Disque 100 – Disque Direitos Humanos/módulo criança e adolescente. Brasília (DF): SDH-PR; 2014.
10. Minayo MCS. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Cienc Saude Colet*. 2006; 11 Supl:1259-67.
11. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informação de Agravo de Notificação. [Internet] [acesso 2013 Jul 17]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Brasília (DF): MS; 2010.
13. Ministério da Justiça (BR). Estatuto da criança e do adolescente. Lei nº 8.069, de 13 de julho 1990. Dispõe sobre o Estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Brasília (DF): MJ; 1990.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3a ed. Brasília (DF): MS; 2012.
15. Deslandes SF, Mendes CH, Pires TO, Campos DS. Use of the nominal group technique and the delphi method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. *Rev Bras Saude Mater Infant*. 2010; 10 Supl:29-37.
16. Deslandes SF, Mendes CHF, Luz ES. Análise de desempenho de sistema de indicadores para o enfrentamento da violência intrafamiliar e exploração sexual de crianças e adolescentes. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(3):865-74.
17. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Porto Alegre: Bookmann; 2010.
18. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2008.
19. Gibbs G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed; 2009.

20. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Perfil [Internet] Brasília: PNUD, Ipea, FJP [acesso 2015 Out 20]. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br
21. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Linhas de cuidado na Atenção à Saúde da Criança. Fortaleza: SMS; 2012.
22. Souza CS, Costa MCO, Assis SG, Musse JO, Sobrinho CN, Amaral MTR. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes/VIVA e a notificação da violência infanto-juvenil, no Sistema Único de Saúde/SUS de Feira de Santana-Bahia, Brasil. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(3):773-84.
23. Andalaft Neto J, Faúndes A, Osis MJD, Pádua KS. Perfil do atendimento à violência sexual no Brasil. *Femina*. 2012; 40(6):301-6.
24. Lima CA, Deslandes SF. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Saude Soc*. 2014; 23(3):787-800.
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004. Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação e implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em estados e municípios. Brasília (DF): MS; 2004.
26. Couto MCV, Duarte CS, Delgado PGG. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008; 30(8):390-8.
27. Hohendorff JV, Habigzang LF, Koller SH. Psicoterapia para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual no sistema público: panorama e alternativas de atendimento. *Psicol Cienc Prof*. 2015; 35(1):182-98.
28. Pelisoli C, Pires JPM, Almeida ME, Dell'Aglio DD. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. *Temas Psicol*. 2010; 18(1):85-97.
29. Campos MAMR, Schor N, Anjos RMP, Laurentiz JC, Santos DV, Peres F. Violência sexual: integração saúde e segurança pública no atendimento imediato à vítima. *Saude Soc*. 2005; 14(1):101-9.
30. Associação Brasileira de Magistrados. Proteção integral e atuação em rede na garantia dos direitos de crianças e adolescentes. São Paulo: ABPM; 2010.
31. Gold SN, Hyman SM, Andrés-Hyman RC. Family of origin environments in two clinical samples of survivors of intra-familial, extra-familial, and both types of sexual abuse. *Child Abuse Neglect*. 2004; 28(1):1199-212.
32. Figueiredo R, Bastos S, Telles JL. Perfil da distribuição da contracepção de emergência para adolescentes em municípios do estado de São Paulo. *Rev Bras Cresc Desenv Hum*. 2012; 22(1):1-15.
33. Moraes SP, Vitale MSS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(1):48-52.
34. Patel A, Tilmon S, Bhogireddy V, Chor J, Patel D, Keith L. Emergency contraception after sexual assault: changes in provision from 2004 to 2009. *J Reprod Med*. 2012; 57(3-4):98-104.
35. Zordo S. Representações e experiências sobre aborto legal e ilegal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(7):1745-54.
36. Portaria nº 1.508, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*. 2 Set 2005.

37. Farias RS, Cavalcanti LF. Atuação diante das situações de aborto legal na perspectiva dos profissionais de saúde do Hospital Municipal Fernando Magalhães. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(7):1755-63.
38. Portaria nº 528, de 1º de abril de 2013. Define regras para habilitação e funcionamento dos Serviços de Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência Sexual no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2 Abr 2013.
39. Patel A, Roston A, Tilmon S, Stern L, Roston A, Patel D, Keith L. Assessing the extent of provision of comprehensive medical care management for female sexual assault patients in US hospital emergency departments. *Int J Gynaecol Obstet*. 2013; 123(1):24-8.
40. Krause KH, Lewis-O'Connor A, Berger A, Votto T, Yawetz S, Pallin DJ, Baden LR. Current practice of HIV postexposure prophylaxis treatment for sexual assault patients in an emergency department. *Women Health Issues*. 2014; 24(4):e407-12.
41. Drezett J. Violência sexual como problema de saúde pública. In: Taquette SR, organizadora. *Violência contra a mulher adolescente-jovem*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2007. p. 81-90.

Deslandes SF, Vieira LJS, Cavalcanti LF, Silva RM. Cuidado de la salud para niños y adolescentes víctimas de violencia sexual en cuatro capitales brasileñas. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):865-77.

El artículo analiza el cuidado de la salud de los niños y adolescentes víctimas de violencia en servicios de salud pública municipal en cuatro ciudades - Porto Alegre (Rio Grande do Sul), Belém (Pará), Fortaleza (Ceará) y Campo Grande (Mato Grosso do Sul) - , centrándose en la disponibilidad de servicios y la prestación de consultas de anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), profilaxis de enfermedades de transmisión sexual e interrupción del embarazo. El estudio del caso se realizó a través de entrevistas semi-estructuradas con veinte representantes de los departamentos de salud locales y análisis de documentos. Aquí, fue posible observar que la prestación de atención entre las capitales es desigual. Aunque la demanda es alta, existe poca oferta de servicios en tres de las ciudades analizadas. Por otra parte, la atención especializada, como AHE y el aborto legal todavía se enfrentan a la resistencia de los profesionales y sectores religiosos. Se destacan experiencias innovadoras de dos Centros Integrados de Atención Psicosocial y un Centro de Atención Pos-Trauma.

Palabras clave: Cuidado de la Salud. Niño y adolescente. Violencia sexual. Servicios de Salud.

Submetido em 07/06/15. Aprovado em 21/12/15.

A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil

Mariana Teixeira Konder^(a)
Gisele O'Dwyer^(b)

Konder MT, O'Dwyer G. The integration of the Emergency Care Units (UPA) with healthcare services in the city of Rio de Janeiro, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):879-92.

The launching of Emergency Care Units (UPA in Portuguese) was a prominent health policy in the city of Rio de Janeiro during recent years. The aim of this study was to examine UPAs' integration with other health services in order to assess their impact on the development of integrated healthcare networks. Nine interviews with state and local managers, UPAs' coordinators and primary care units' coordinators were performed. The data collected were interpreted under Giddens' Structuration Theory. UPAs presented a low level of integration with other healthcare facilities within local emergency care network, due to structural problems as well as managerial fragmentation. In spite of the political and financial investment, the strategy of the UPAs has not been able to overcome the low degree of integration among local health services. Moreover, primary care services remain a lower priority. Thus, UPAs have contributed in lesser extent to the development of integrated healthcare networks.

Keywords: Emergency medical services. Delivery of healthcare. Health services administration.

No município do Rio de Janeiro, a implantação das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA) foi o fio condutor da política de saúde e modelo para estruturação da rede de urgência e emergência (RUE). Este estudo analisou a integração das UPAs na rede assistencial do município. Foram realizadas nove entrevistas, com gestores centrais e locais, analisadas à luz da Teoria da Estruturação de Giddens. Resultados mostraram pouca integração das UPAs, por deficiências estruturais da rede de serviços e fragmentação gerencial, pela ausência de governança unificada. Apesar do investimento político e financeiro, essa estratégia não logrou contornar os problemas de integração entre as unidades de saúde e, ainda, ressaltou a baixa prioridade governamental para a atenção básica. Assim, as UPAs pouco contribuíram para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde e para a reorientação do modelo assistencial.

Palavras-chave: Serviços Médicos de Emergência. Atenção à Saúde. Administração de Serviços de Saúde.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz). R. Leopoldo Bulhões, 1480, 7º andar, sala 727, Bonsucesso. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21041-210. marianakonder@gmail.com

^(b) Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. odwyer@ensp.fiocruz.br

Introdução

Na última década, o governo federal vem priorizando a organização da atenção às urgências no país^{1,2}. Em 2003, foi inaugurada a Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)³, cujo ineditismo repousava no olhar ampliado proposto para a questão. Essa política deu especial atenção à assistência pré-hospitalar e enfatizou a compreensão de que a atenção às urgências não está restrita ao hospital. Para isso, retomou a proposta de constituição de redes locais de atenção às urgências com um componente pré-hospitalar fixo⁴, composto tanto pela atenção básica (AB) como por unidades de pronto-atendimento não hospitalares, que constituiriam retaguarda para a primeira³. Documentos subsequentes instruíram implantação, financiamento e expansão desse componente, que viria a ser popularizado como Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA)⁵⁻⁸.

As UPAs surgiram, em 2007, no município do Rio de Janeiro, como iniciativa do governo do Estado, pretendendo responder ao contexto de crise na saúde do município que teve seu ápice em 2005⁹. A partir daí, as UPAs foram implantadas de forma bastante acelerada, primeiro na capital e, posteriormente, no restante do estado. Somente no final de 2008, houve a primeira portaria regulando as UPAs na esfera federal^{3,9}. Dados da Coordenação Geral de Urgência e Emergência, de maio de 2011, mostravam o estado do Rio de Janeiro com 43 UPAs, seguido por Pernambuco e São Paulo com apenas 14 e 13 unidades respectivamente. De 2007 a 2012, foram construídas 31 UPAs na capital e trinta fora da capital⁹. Em 2015, o município tinha 32 UPAs, num total de setenta em todo o Estado. Atualmente, existem 398 UPAs no país e está prevista a construção de mais 889¹⁰. Estudo nacional recente aponta que a maioria das UPAs está em municípios com mais de um milhão de habitantes, seguidos por municípios com população entre quinhentos mil e um milhão, privilegiando regiões com melhores condições socioeconômicas e de oferta de serviços, como a região Sudeste¹¹.

A cidade do Rio de Janeiro apresenta cenário peculiar, com uma rede de atenção básica (AB) em incipiente processo de expansão, devido à adesão tardia do município à Estratégia de Saúde da Família, e uma rede hospitalar fragmentada, pelos conflitos decorrentes da gestão dessas unidades serem responsabilidade de diferentes esferas administrativas¹².

O destaque recebido pelas UPAs na política de saúde do município, aliado à pouca produção científica sobre este tema justificam o objetivo deste estudo de analisar a integração dessas unidades com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, procurando compreender seus possíveis impactos na reorientação do modelo assistencial.

A pesquisa apresentada neste artigo, oriunda de dissertação de mestrado, foi aprovada por Comitê de Ética em Pesquisa, conforme os princípios legais e éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Métodos

Esse estudo apoiou-se no referencial teórico apresentado por Anthony Giddens por meio da Teoria da Estruturação¹³, que propõe uma conciliação da oposição entre agente e estrutura. A partir do conhecimento de uma dada estrutura e de uma interpretação das consequências da ação, a partir do acesso ao agente, é possível compreender as práticas sociais. Da Teoria da Estruturação foram utilizados os conceitos de estrutura e cognoscitividade do ator, abordada por meio da consciência discursiva. A estrutura é o conjunto de regras e recursos implicados de modo recursivo na reprodução social. Os agentes manipulam esses recursos enquanto estratégia de controle. O acesso à consciência discursiva permite compreender como os agentes aplicam seu conhecimento sobre a manipulação dos recursos a que têm acesso para reproduzir sua autonomia estratégica¹³. As práticas podem ser entendidas como continuidades de encontros mais restritos e presenciais (integração social) ou podem estabelecer conexões mais amplas no tempo e no espaço e não presenciais (integração sistêmica)¹⁴.

O SUS pode ser compreendido como um sistema social e, em menor grau, a rede de atenção às urgências pode ser observada também como um sistema social, em que os atores envolvidos estão aplicando recursivamente regras e recursos para a produção e reprodução de práticas sociais. Nesse

caso, entende-se que a construção dessa rede de atenção às urgências se consubstancia pela ação dos agentes. Estes empregam regras e recursos, que estão envolvidos na geração de poder¹³. Contudo, ao mesmo tempo em que os atores fazem uso da estrutura (regras e recursos) para sua ação, também a estrutura impõe limites à ação. Assim, a estrutura é sempre tanto coerciva quanto facilitadora, em virtude da relação inerente entre estrutura e agência (agência e poder). Em outras palavras: a ação humana é ora facilitada, ora limitada pela estrutura social, a qual se encontra constantemente criada e recriada por meio da ação humana¹⁵.

Entendendo a rede assistencial e as políticas norteadoras como regras e recursos, conformando a estrutura, procurou-se realizar o mapeamento das regras, estruturas e processos que modulam ou influenciam a integração das UPAs com os demais componentes do sistema de saúde no município do Rio de Janeiro. Primeiramente, procedeu-se ao levantamento documental da produção normativa concernente à organização do sistema de saúde e da Rede de Urgência e Emergência (RUE) entre o período de 2007 a 2012. No âmbito federal, a produção normativa especificamente sobre as urgências e sobre as UPAs foi extensa, enquanto as normatizações estadual e municipal foram mais escassas e de cunho mais administrativo, compostas de atos normativos concernentes à implantação, início de funcionamento e gestão das unidades individualmente.

Para o acesso à consciência discursiva dos agentes, foram realizadas entrevistas com atores-chave para aprofundamento na dinâmica de coordenação entre as unidades de saúde. Para tal, foi selecionada uma região do município, a área programática (AP) 3.1, que aliou a conveniência derivada da facilidade de acesso ao número de UPAs existentes na região, segundo maior do município (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição populacional e de UPAs por área programática, Rio de Janeiro/RJ, 2012.

Área Programática	População (mil hab)	UPAs
1.0	297.976	0
2.1	638.050	3
2.2	371.120	1
3.1	886.551	5
3.2	569.970	2
3.3	948.638	6
4.0	909.368	2
5.1	671.041	5
5.2	721.773	3
5.3	311.959	3
Total	6.320.446	30

Fonte: CENSO/IBGE, 2010 e CNES, 2012. Elaboração própria.

Nota: não contabilizada a UPA do complexo prisional de Gericinó.

Foram realizadas: duas entrevistas com gestores centrais, cinco entrevistas com coordenadores de UPAs e duas entrevistas com coordenadores de unidades básicas de saúde, totalizando nove entrevistas (Quadros 1 e 2). Estes atores encontravam-se em posições privilegiadas no sistema de saúde local e na rede de atenção às urgências, tendo, por isso, capacidade de prover informações cruciais sobre o funcionamento da coordenação entre essas diversas unidades e os fluxos de atendimento e cuidado efetivamente estabelecidos, tanto nos seus aspectos bem-sucedidos quanto nas suas dificuldades. Quanto aos coordenadores de unidades básicas, a seleção foi feita considerando-se a elevada cobertura populacional das respectivas unidades, próxima a 100%, bem como a presença de UPA no território de atuação dessas unidades.

Quadro 1. Relação das UPAs pesquisadas, Rio de Janeiro, 2012.

UPA - AP 3.1	Maré	Ilha	Penha	Manguinhos	Complexo Alemão
Inauguração	30/07/2007	22/09/2008	16/10/2008	29/05/2009	06/04/2010
Esfera administrativa	Estadual	Estadual	Estadual	Municipal	Municipal
Tipo administração	Direta	Direta	Direta	Indireta OS FIOTEC	Indireta OS IABAS
Vínculo coord. médico	contrato temporário FIOTEC	oficial CBMERJ cedido a SES	oficial CBMERJ cedido a SES	*	CLT
Sistema de informação	Klinikos	Klinikos	Klinikos	Klinikos	VitaCare

Fonte: Elaboração própria.

Nota: * A UPA Manguinhos estava sem coordenador médico designado. A entrevista foi realizada com o gerente da unidade.

Quadro 2. Relação de entrevistados da pesquisa com o tempo de ocupação do cargo, Rio de Janeiro, 2012.

Entrevistados	Tempo no cargo
Coordenador AB	1 ano e 7 meses
Coordenador AB	2 anos e 4 meses
Coordenador UPA	1 ano
Coordenador UPA	1 ano e 3 meses
Coordenador UPA	9 meses
Coordenador UPA	4 anos e 2 meses
Coordenador UPA	3 anos e 8 meses
Gestor central municipal	3 anos e 8 meses
Gestor central estadual	8 meses

Fonte: Elaboração própria.

As entrevistas ocorreram entre junho de 2012 e janeiro de 2013, sendo orientadas por roteiros semiestruturados desenvolvidos para gestores do nível central, coordenadores de UPA e de AB. Esses roteiros foram elaborados considerando-se os atributos preconizados pela OPAS¹⁶ para se desenvolverem redes integradas de serviços de saúde. Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na análise das entrevistas, adotaram-se procedimentos de decomposição e distribuição temática, visando identificar elementos recorrentes, visões comuns e divergentes entre os entrevistados. Para compreensão da integração das UPAs na rede foram considerados os seguintes tópicos: o funcionamento das UPAs e sua relação com outros componentes da RUE, o papel das UPAs na RUE e a dinâmica da rede.

Resultados e discussão

Nessa seção, apresenta-se a análise das falas dos entrevistados, incluindo caracterização da estrutura e dos agentes envolvidos. Segue-se discussão das relações entre estrutura e agente, segundo a Teoria da Estruturação de Giddens.

As UPAs e seu funcionamento

As UPAs funcionam todos os dias da semana, 24 horas por dia, atendendo a todos os usuários que buscam a unidade, desenvolvendo acolhimento e classificação de risco de forma regular. A institucionalização da classificação de risco encontrou dificuldades como: o conflito gerado pela falta de compreensão por parte dos usuários acerca do modo de organizar o atendimento; a heterogeneidade dos protocolos de classificação de risco, com modificações dos estratos, havendo subdivisões ou inclusão de outros critérios, como a idade; e o envolvimento predominante do profissional de enfermagem, com pouca participação do médico. No perfil de atendimento das UPAs, predominaram os pacientes de baixo risco, embora a implantação heterogênea do protocolo limite a extrapolação desse resultado.

As UPAs funcionam com sistema de prontuário eletrônico, permitindo registrar todas as etapas do atendimento ao usuário. Foi observada variabilidade dos sistemas de informação utilizados, potencial obstáculo, pela incompatibilidade de *softwares* entre diferentes unidades, à compilação das informações e à posterior ampliação da informatização na rede. A melhoria no registro dos atendimentos foi um aspecto positivo. No entanto, os dados disponíveis (tempos de espera para atendimento, taxa de ocupação das unidades e problemas de saúde mais incidentes) são mais utilizados pelo nível central do que na gestão local das unidades.

Pacientes nas UPAs que necessitem de hospitalização são regulados por meio de diferentes canais. Nas UPAs geridas pelo estado, vagas de enfermagem eram solicitadas pelo sistema online de regulação (SISREG), sistema que regula as vagas da Central Municipal de Regulação (CMR) de leitos; e vagas de UTI eram solicitadas diretamente à Central Estadual de Regulação, por meio de núcleo interno exclusivo para as UPAs do Estado, denominado CEMUPA. As UPAs municipais relacionavam-se apenas com a CMR, por meio do SISREG.

As UPAs também solicitam realização de exames complementares de maior complexidade ou avaliações de especialistas, via SISREG, quando necessário para definir o diagnóstico ou para a continuidade do tratamento de pacientes ainda aguardando vaga hospitalar nas UPAs. Os exames disponíveis são: tomografia computadorizada, ultrassonografia e ressonância magnética. O mesmo se aplica à realização de hemodiálise e hemotransfusão nas condições acima descritas. Para tal, fica previsto um fluxo de interação com as emergências hospitalares por meio da CMR, quando as necessidades do paciente extrapolam a capacidade de cuidado da UPA.

Relação com a Atenção Básica

Embora as UPAs tenham como competência ser retaguarda para a AB, o cotidiano dessas unidades é bem diferente. Essa função de apoio só é claramente reconhecida em relação aos horários em que as unidades básicas não funcionam. A competência de funcionar como apoio para exames complementares ou para leitos de observação não está bem estabelecida e não ocorre de maneira formalizada. Em alguns casos, as UPAs sequer reconhecem a possibilidade de desempenharem esse papel.

“[...] existe aquele paciente que sabe que o seu caso é pra Posto [de Saúde], mas não tem condições de ir ao Posto porque é final de semana ou à noite. Tá. Então, ele está no lugar certo [na UPA]”. (gestor estadual)

No período diurno, em que ambas as unidades estão funcionando, não há formato de comunicação/interação determinado. Não existem fluxos formais para referenciar pacientes da AB para as UPAs, nem mecanismos facilitadores do acesso às UPAs de paciente previamente avaliados na AB. O caminho contrário é igualmente mal definido.

"[...] é uma coisa extraoficialmente [...]. Não [há fluxo formalizado entre UPA e Atenção Básica]. Quando eles estão lá no sufoco eles ligam. Eles têm mesmo um fluxo com a UPA do município, com as unidades do município, não com as do estado... Mas aí, a gente acaba ajudando". (coordenador UPA)

"O encaminhamento é a guia de referência. [...] A gente não consegue fazer nada pelo SISREG. Não consegue cadastrar consulta eletiva, nada. Só [solicitar] internação mesmo". (coordenador UPA)

"[...] conta-se com a UPA que é com quem a gente deveria contar como suporte de maior peso, fica muito falho. As relações, elas existem, só que muito falhas". (coordenador AB)

A AB, muitas vezes, não se considera capaz de acolher a demanda espontânea diante de tantas tarefas já estabelecidas. Em outros casos, aponta deficiência de qualificação ou estrutura para atender casos urgentes, não dispendo de medicações e exames complementares adequados para esses casos.

Relação com o SAMU

As UPAs também devem fornecer retaguarda para pacientes atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). No entanto, no município do Rio de Janeiro, encontramos uma compreensão um pouco diferente, além de uma relação muito frágil entre estes componentes da RUE. As UPAs sob a esfera administrativa estadual indicam ser referência para recebimento de pacientes atendidos pelo SAMU apenas nos quadros clínicos de dor torácica. Além disso, o SAMU funciona dentro da esfera administrativa estadual, não desenvolvendo relação com a rede municipal.

"O SAMU é atendimento em casa. Não tem nada a ver com UPA, é atendimento em casa. [...] Hoje, no Estado, o SAMU regula paciente para o hospital". (gestor estadual)

"Não [temos relação com o SAMU]. SAMU não faz contato. Com a gente não. Chegam de supetão! Gera conflito? Gera conflito". (coordenador UPA)

"A gente não recebe paciente do SAMU. Mas pode acontecer esporadicamente de a gente receber alguns que estejam com dor torácica, ou o paciente instabilizando no meio do transporte". (coordenador UPA)

A gestão municipal tem, assim, sua própria Central de Ambulâncias para atender às necessidades de remoção entre suas unidades. Apesar de UPA e SAMU serem serviços de atendimento pré-hospitalar e de as portarias ministeriais indicarem articulação entre eles, a ponto de vincularem a expansão do primeiro ao segundo, não é o que acontece na prática.

"No caso aqui da cidade do Rio de Janeiro quando o SAMU foi instituído a Prefeitura não quis o SAMU, então, o estado tomou pra si o serviço e instituiu o serviço na cidade do Rio de Janeiro. Então, o SAMU é estadual. É do Governo do Estado. Não é da Prefeitura. [...] E, com isso, a gente precisa de transporte inter-hospitalar e esse serviço a gente terceiriza pra duas empresas". (gestor municipal)

O contato é focalizado e os serviços são independentes. A condição de retaguarda para o SAMU, como apresentado nas portarias, se expressa de forma frágil no cotidiano, sendo reconhecido nas falas com evidente resistência.

Relação com os hospitais e a central de regulação

A retaguarda hospitalar tem sido fonte de grande dificuldade para o trabalho nas UPAs. O acesso aos leitos é considerado difícil tanto pela insuficiência numérica quanto pela dificuldade de interação com os hospitais.

“A dificuldade é a retaguarda. Retaguarda de tudo. A retaguarda, principalmente, de enfermagem e terapia intensiva. [...] O que acontece é que a gente ainda não tem na cidade o quantitativo de leitos ideal de retaguarda, pelo menos, regulados”. (gestor municipal)

“A nossa maior dificuldade hoje na UPA é a porta de saída. É a maior dificuldade, porque você atende o paciente... Seja a porta de saída em todos os sentidos. Seja o paciente que precisa ir pra CTI, ou que precisa da enfermagem”. (gestor estadual)

A existência de hospitais de referência para as UPAs é clara na esfera estadual, ainda que um mesmo hospital seja referência para muitas unidades. Na esfera municipal, todas as UPAs municipais têm o acesso aos hospitais intermediado pela central de regulação. Do conjunto das falas, pode-se perceber um cenário complexo em que gestores centrais e locais exprimem percepções pouco convergentes. Tanto na interação com os hospitais quanto com a central de regulação, os gestores centrais tendem a delinear um panorama mais otimista.

“O acesso é fácil porque todos os leitos são regulados. Pelo menos, no município do Rio, 100% dos leitos de enfermagem são regulados e estão na Central de Regulação. [...] A Central de Regulação funciona muito bem e tem um papel preponderante”. (gestor municipal)

“Com relação aos hospitais, a relação está ficando muito melhor mesmo! Existe um feedback dos diretores com as UPAs”. (gestor estadual)

“Se a gente tivesse um suporte de algum hospital que garantisse algumas vagas pra gente seria melhor, mas a gente não tem isso”. (coordenador UPA)

A relação com a central de regulação é lenta e distante, majoritariamente via comunicação online, e apenas em casos mais graves, os chamados vaga zero, via chamada telefônica. Assim, a central de regulação é percebida como um obstáculo entre as UPAs e os hospitais. Isso é mais evidente no caso das UPAs municipais, em que o contato via CMR tornou-se o único fluxo formal de acesso ao hospital.

“[...] a gente tinha uma relação muito estreita com o [hospital] Getúlio Vargas no sentido de conseguir algumas tomografias, algumas avaliações de cirurgias sem seguir a Central, mas isso foi proibido. Só pela Central. Aí teve que parar com esse tipo de contato, porque estava sobrecarregando e não sei o que... Tem que seguir direitinho a Central”. (coordenador UPA)

“Eu acho que eles [da central de regulação] têm cotas pra poderem liberar, no mínimo, um número de vagas por cada unidade porque, senão, depois eles podem ser questionados a respeito disso”. (coordenador UPA)

Essa percepção da central de regulação como barreira é apontada em outro estudo, que também implica a fragmentação da rede assistencial na pouca efetividade das práticas nas centrais de

regulação. Dependentes de mecanismos não formais de ação, fluxos paralelos de contatos pessoais são a ação cotidiana da regulação¹⁷.

No todo, percebe-se que a rede hospitalar é autônoma e fragmentada, tendo os gestores, mesmo os centrais, conhecimento incompleto desta rede. Uma oposição entre esfera municipal e estadual explica as relações preferenciais com os hospitais. Um dos resultados é que pacientes necessitando de hospitalização permanecem nas UPAs aguardando vaga por períodos superiores a 24 horas, sistematicamente. Nacionalmente, o quadro é o mesmo¹¹: apenas 1,7% do total de atendimentos das UPAs compreendem casos de alto risco, porém, esses pacientes não encontram adequada resposta na retaguarda hospitalar. A inexistência de vagas, principal causa de “internação em UPA”, explica a permanência dos pacientes por mais de 24 horas nessas unidades, conforme pesquisa nacional¹¹.

O componente hospitalar ilustra mais incisivamente o papel negativo da distribuição diferencial dos serviços de saúde entre as três esferas administrativas. Não há unificação real dos leitos na central municipal de regulação, como pode ser observado pela existência da CEMUPA. A regulação de leitos hospitalares é bastante frágil e fica esgarçada entre as esferas administrativas, acentuando a dificuldade de acesso aos hospitais.

Papel das UPAs na RUE

A criação das UPAs no município do Rio de Janeiro derivou de iniciativas estadual e municipal, não concomitantes, mas convergentes. O governo municipal justifica investimento neste mesmo modelo também como resposta às necessidades e carências das regiões menos favorecidas.

“O que a gente tentou aqui pensar pra montar? Carência de mobília de Saúde na região, distância entre os hospitais de Urgência e Emergência e a população. Onde tinham mais vazios sanitários, essa foi a opção. [...] Então, no todo, foi feito um estudo, meio que um georreferenciamento. A gente olhou a cidade toda, mapeou a cidade toda, viu toda a parte populacional, viu todos os [equipamentos] sanitários, viu o quantitativo populacional e o perfil da população, o perfil epidemiológico da população, a vulnerabilidade da população dentro desse perfil epidemiológico pra montar ou mobiliar de UPA aquela região”. (gestor municipal)

Outro argumento apresentado na justificativa dessa estratégia, sobretudo no caso do governo estadual, foi a sobrecarga das emergências hospitalares.

“Acho que é um ganho pra população, ela acaba dando uma blindada na porta de entrada dos hospitais de emergência e acaba funcionando mesmo como uma unidade intermediária entre a Atenção Básica e a Rede de Urgência Hospitalar”. (gestor estadual)

“Tem que ter UPA. É fundamental pra população. Desafoga os hospitais? Desafoga os hospitais”. (coordenador UPA)

A estratégia é considerada importante e benéfica para a população, apesar dos problemas identificados, sobretudo na relação com os hospitais. No entanto, os depoimentos desses mesmos atores evidenciam que, na prática, a UPA vem ocupando um espaço um pouco diferente na rede de atenção à saúde.

“A demanda reprimida. Hoje a gente tem um atendimento que se você chegasse no posto e marcasse pra daqui a dois ou três meses, o paciente ia pra lá. Você acaba tendo o paciente que procura a UPA e não deveria, pois deveria estar no posto”. (gestor estadual)

“A gente tem que atender emergência e o que a gente acaba atendendo é Atenção Básica. A nossa demanda é grande, porque a gente continua fazendo um trabalho que deixou de ser feito

pela Atenção Básica de outros municípios e até do município do Rio. Então, gera uma demanda maior". (coordenador UPA)

"O perfil da UPA mudou, ele não é mais para dar suporte às emergências dos hospitais de grande porte, ele atende 90% de atenção básica. Hoje ele é um suporte da atenção básica, não mais das grandes emergências". (coordenador UPA)

"[...] muitos pacientes vêm aqui buscando soluções pros seus problemas ambulatoriais: dermatite, problemas ortopédicos crônicos, problemas reumatológicos crônicos, problemas ginecológicos, enfim, problemas que não deveriam ser abordados aqui". (coordenador UPA)

Em um município com adesão tardia à ESF e baixa cobertura da AB, não é surpreendente que se faça, por parte dos usuários, recurso à UPA na busca de solução para problemas considerados por profissionais e gestores como de natureza ambulatorial. A experiência das UPAs no município do Rio de Janeiro deu maior visibilidade a um problema latente: o déficit de pronto-atender. Assim, como indicado por seu alto volume de atendimentos e por terem perfil de atendimento predominantemente de baixo risco, mais do que aliviarem a sobrecarga das emergências hospitalares, as UPAs parecem estar acolhendo uma demanda reprimida, oriunda da insuficiência da atenção básica e da atenção ambulatorial especializada. Em outro estudo, um ambivalente papel também é identificado para as UPAs, em que a sistemática restrição à demanda dos usuários na esfera hospitalar vem legitimando as UPAs como portas alternativas às urgências hospitalares, secundarizando sua missão legal de compor um complexo assistencial vinculado à atenção básica¹¹.

Dinâmica da rede

Aspecto importante da rede de urgências no município foi a relação entre as esferas administrativas. Na relação entre os componentes da RUE, foi recorrente a questão da diferenciação entre estadual e municipal e sintomática a ausência da esfera federal. Essa separação entre esferas governamentais é, portanto, característica essencial e condicionante da rede, claramente percebida nos discursos dos atores.

"E, fora isso, é a gente ser uma cidade que tem todos os três entes fazendo a mesma coisa ao mesmo tempo, então, a gente tem federal, municipal e estadual fazendo Urgência e Emergência, fazendo média complexidade, fazendo alta complexidade e ninguém na realidade faz nada ou cada um faz o que tem que fazer e faz muito pouco". (gestor municipal)

"Nessa questão da integração, como a gente é do Estado e a Atenção Básica é do Município, às vezes, não existe o encaixe direitinho". (gestor estadual)

A interferência que este aspecto produz na integração da rede de serviços também é reconhecida. No discurso dos gestores centrais, embora se reconheça essa característica como problemática, rejeita-se que haja fragmentação da rede de atenção às urgências.

"Olha... Só não fragmenta porque a gente está muito junto. Toda construção da RUE foi feita em conjunto e a gente tem uma conversa muito próxima, a gente tá sempre tentando estar muito próximo porque vive os mesmos problemas, então, se a gente não somar, vai dividir. [...] Tem uma grande abertura de ambos os entes, tanto estadual como municipal e a gente tem acesso, a gente senta, a gente conversa, a gente tem fórum de discussão e, enfim, um apoia o outro". (gestor municipal)

A relação entre as esferas municipal e estadual é apontada como próxima e convergente na construção da RUE. Mais uma vez, porém, o relato dos gestores locais difere, evidenciando uma realidade em que o recurso a soluções alternativas de integração, sobretudo baseadas nas relações pessoais, é o cotidiano de sobrevivência na rede.

“Em alguns casos, quando precisa de algum suporte melhor, você tenta o contato de quem sempre tem o conhecimento em algum lugar”. (coordenador UPA)

“Os nossos médicos [...] eles conhecem, eles trabalham, eles conhecem chefes de equipe daquele dia em outros hospitais, [...] porque quando procura alguma coisa você já vai procurar quem você conhece. [...] Então tem uma coisa meio que informal. [...] Uma pactuação informal”. (coordenador UPA)

“Até para conseguir vaga de internação a rede de conhecimento funciona melhor que o SISREG”. (coordenador UPA)

Outro aspecto relevante da rede é o atendimento a uma demanda oriunda de outras regiões, que é apontada como fonte de sobrecarga em alguns casos. Esse fenômeno é conhecido no município do Rio de Janeiro em relação à sua região metropolitana¹².

“Porque assim, hoje, a gente não atende só a nossa região, a gente atende muito mais do que isso. [...] Você atende muito paciente de fora da tua rede mesmo, fora da tua área”. (gestor estadual)

“A nossa característica é que a gente atende muito mais paciente que não é da nossa AP”. (coordenador UPA)

Assim, no município do Rio de Janeiro, temos uma rede de urgência e emergência confrontada com uma demanda acima de sua capacidade e muito fragmentada entre as esferas de governo. A rede parece contar com mecanismos de integração ainda precários, fazendo com que, no cotidiano, prevaleça o contato pessoal como recurso para resolução dos problemas.

“[As UPAs] Pouquíssimo integradas. Nem parcialmente nem não-integrada, mas as integrações que existem é mais pelo fato da gente ter algum conhecimento”. (coordenador UPA)

Assim, as UPAs se inserem na rede de atenção à saúde do município do Rio de Janeiro reproduzindo a dinâmica já estabelecida: a de uma integração limitada entre os pontos de atenção à saúde, fortemente calcada nas relações interpessoais.

As UPAs, a RUE e a Teoria da Estruturação

Para o objeto deste estudo – a integração das UPAs na rede de atenção às urgências no município do Rio de Janeiro –, identificamos que a legislação existente e, posteriormente, produzida aliada ao financiamento disponibilizado pelo Ministério da Saúde (MS), evidenciando a prioridade para o tema, constituiu aspecto estrutural facilitador da construção da RUE. Ainda que o recurso financeiro não tenha sido disparador do processo de implantação das UPAs no município, certamente representou forte estímulo para a continuidade e expansão dessa estratégia. Da mesma forma, destacam-se a prioridade e a disposição dos governos estadual e municipal, com investimento político e financeiro, que sustentaram a expansão dessas unidades como fio condutor da organização dessa rede.

As três esferas governamentais envolvidas nesse processo demonstraram dispor tanto de recursos autoritários – recursos não materiais envolvidos na geração de poder –, quanto de recursos alocativos

– recursos materiais envolvidos na geração de poder – para disparar e impulsionar a construção e expansão dessas unidades.

Importante destacar que o processo indutor, liderado pelo MS, inclui provisões para que as UPAs sejam implantadas simultaneamente à estruturação de uma rede de urgências, haja vista as exigências relativas à AB e ao SAMU presentes na portarias ministeriais. Trata-se de uma regra fundamental na estruturação da rede, que busca o desenvolvimento mais equilibrado dos componentes da RUE, mas que é apenas parcialmente cumprida pelos atores. Por outro lado, merece comentário o investimento político e financeiro claramente desigual, da parte de todas as esferas, entre componente pré-hospitalar e hospitalar, pois ficou claro que a estrutura física insuficiente dos hospitais públicos é elemento fortemente coercivo à estruturação da RUE.

A implantação e a expansão das UPAs colocaram em evidência um problema no município do Rio de Janeiro: a fragilidade da atenção básica. Este nível de atenção, relegado no município por longo período, sofre de diversas mazelas e o processo mais recente de expansão intensiva ainda é insuficiente para seu fortalecimento. Nesse caso, a precariedade da AB não constitui elemento propriamente coercivo à construção da RUE, mas à reconfiguração do modelo assistencial. Do ponto de vista da motivação política, a insuficiência da AB serviu de argumento para a expansão das UPAs, e, portanto, para priorização da implantação de uma política de saúde municipal e estadual que privilegia a urgência no desenvolvimento do sistema de saúde locorregional, em detrimento da própria AB.

Apesar da pouca institucionalidade de algumas regras e do peso de elementos coercivos à estruturação da rede abordados nessa discussão, é importante destacar que a estratégia das UPAs foi exitosa no processo de institucionalização de algumas ferramentas importantes, tanto para o funcionamento interno como para a atuação em rede dessas unidades. No caso da classificação de risco, mesmo considerando-se as dificuldades comentadas, ficou evidente que há grande apoio institucional à adoção e desenvolvimento dessa ferramenta. O processo de informatização também merece destaque, tanto pelo aspecto pioneiro, quanto pelo potencial de favorecer a estruturação da rede. Assim, a prioridade que essas ferramentas receberam na implantação e expansão das UPAs constituiu elemento facilitador da disseminação desses recursos na rede. É importante salientar que as UPAs também representaram uma ampliação do acesso dos usuários a consultas médicas e exames complementares, sobretudo, em casos de menor complexidade.

É premissa desse estudo que redes de atenção à saúde são “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente”¹⁸ (p. 2300). Fica, portanto, evidente que a efetiva construção de redes de atenção à saúde requer tanto o estabelecimento de integração social – reciprocidade de práticas entre atores em circunstâncias de copresença –, como o desenvolvimento de integração sistêmica – reciprocidade de atores ou coletividade de atores no tempo-espço ampliado, fora de condições de copresença, conforme Giddens apresenta na Teoria da Estruturação¹³. Assim, as circunstâncias de copresença podem ser o contexto de uma unidade de saúde, como unidades básicas ou UPA, onde profissionais precisam interagir entre si e com os usuários na produção do cuidado. Também a interação e a reciprocidade de práticas precisam se estabelecer entre diferentes unidades e diferentes níveis de atenção à saúde. Nesse caso, atores ou coletividades, formados pelos mesmos profissionais e outros ainda, interagem fora de situações de copresença. As relações estabelecidas entre UPA e central de regulação ou entre UPA e hospitais são exemplo interessante da questão da integração sistêmica, em que atores ou conjunto de atores interagem por meios de comunicação específicos para construir as práticas cotidianas de cuidado em saúde.

Essa pesquisa identifica que a integração sistêmica da RUE ainda se encontra em estágio muito incipiente, como os próprios atores reconhecem. Se, por um lado, a fragilidade da AB no município, que não consegue ocupar a posição de coordenação da demanda na rede, acaba “empurrando” essa função para as urgências; por outro, a divisão da gestão dos estabelecimentos da rede de serviços entre as três esferas governamentais no município impõe dificuldades à constituição da RUE. Assim, no cotidiano, os atores vão produzindo práticas alternativas de integração, uma vez que as regras estabelecidas e os recursos disponíveis são insuficientes para a resolução dos problemas. O exemplo

mais interessante dessas práticas alternativas é o recurso a uma rede de conhecimentos e contatos pessoais para contornar as dificuldades de integração e, muitas vezes, também, as dificuldades estruturais.

Os conceitos de integração aplicados nesta reflexão sobre redes remetem ao conceito de governança, discutido de modo muito criativo à luz da Teoria de Estruturação¹⁵:

Se adotamos a metateoria social de Giddens para explicar os assuntos de governança, deduziremos que as interações entre atores sociais informados para a tomada de decisões estratégicas para as coletividades humanas (agência), em um espaço e tempo concretos, vão gerar as normas e recursos (estrutura) necessários para a implementação (ou não) das decisões adotadas e para tomada de decisões futuras; uma atividade social que recriará ou, em todo caso, modificará os elementos estruturais da governança. (p. 154 - tradução livre)

Este enunciado elucida como a criação e a inserção das UPAs, apesar de terem representado um elemento importante na estruturação da RUE, no período recente, não vieram acompanhadas de uma mudança na estrutura de governança da rede municipal. Com isso, apesar de se ter expandido a capacidade de atendimento, ampliando o acesso da população a diversos recursos, persistem dificuldades de acesso, sobretudo relacionadas à necessidade de interação entre diferentes serviços ou estabelecimentos. Fluxos e pactuações são frágeis, pouco conhecidos ou inexistentes. A percepção de uma rede fragmentada ficou muito evidente nas falas dos entrevistados, assim como uma grande valorização das ações dos agentes para contornar essa fragmentação, na forma de reuniões e contatos pessoais. Os gestores do nível central foram particularmente otimistas ao enunciar o efeito dessas ações, apontando para um cenário de avanço e aprimoramento de integração. Contudo, essas falas foram pouco condizentes com as realidades locais descritas pelos coordenadores das unidades.

Considerações finais

O cenário delineado pelos resultados desse estudo permite entrever que as regras postas não estão constituindo elementos suficientemente facilitadores da construção de uma rede de atenção à saúde, sobretudo, uma rede coordenada pela AB. Como observado, as UPAs vêm se ocupando de uma demanda majoritariamente de baixo risco que, em tese, seria melhor acolhida na AB, mas que acaba encontrando na UPA respostas mais imediatas. O resultado é cada vez menos prestígio e confiança na AB e cada vez mais exames e procura por especialistas. Tampouco o processo de implantação das UPAs está modificando os modos de integração da rede. Isso fica evidente tanto nas dificuldades com a retaguarda hospitalar, quanto na resistência ao papel de retaguarda da AB.

Desse modo, podemos apontar que a prioridade que as UPAs têm recebido na política de saúde praticada no município, ao reforçar a lógica biomédica subjacente à estruturação da rede e competir por recursos e prioridade política com a AB, tem sido elemento insuficientemente facilitador da constituição de redes de atenção à saúde e, particularmente, restritivo à reorientação do modelo assistencial.

Colaboradores

Mariana Teixeira Konder participou na concepção do artigo, elaboração da metodologia, obtenção e análise do material empírico e redação final do artigo; Gisele O'dwyer participou na concepção do artigo, elaboração da metodologia, análise do material empírico e redação final do artigo.

Referências

1. O'Dwyer G. A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(5):2395-404.
2. Machado CV, Baptista TWF, Nogueira CO. Políticas de saúde no Brasil dos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(3):521-32.
3. Portaria nº 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
4. Portaria nº 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
5. Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de "Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências" da Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
6. Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
7. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
8. Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
9. Lima LD, Machado CV, O'Dwyer G, Baptista TWF, Andrade CLT, Konder MT. Interdependência federativa na política de saúde: a implementação das Unidades de Pronto Atendimento no estado do Rio de Janeiro, Brasil. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(2):595-606.
10. Ministério da Saúde (BR). Sala de apoio à gestão estratégica [Internet]. Brasília (DF): MS; 2015 [acesso 2015 Jul 2]. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>
11. Ibanez N. Os hospitais e a rede de atenção às urgências e emergências: desafios. *Consensus Rev Cons Nac Secret Saude.* 2013; 3(7):36-43.
12. Parada R. A construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção. *Physis.* 2001; 1(1):19-104.
13. Giddens A. A constituição da sociedade. 3a ed. São Paulo: Martins Fontes; 2009.
14. O'Dwyer G, Mattos RA. Teoria da estruturação de Giddens e os estudos de práticas avaliativas. *Physis.* 2010; 20(2):609-23.
15. Rodríguez C, Lamothe L, Barten F, Haggerty J. Gobernanza y salud: significado y aplicaciones en América Latina. *Rev Salud Publica.* 2010; 12(1):151-9.

16. Organização Pan-americana de Saúde. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para suplementación en las Américas. Washington (DC): OPS; 2010.
17. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Physis. 2012; 22(1):119-40.
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc Saude Colet. 2010; 15(5):2297-305.

Konder MT, O'Dwyer G. Integración de las Unidades de Atención de Emergencia (UPA) con la red sanitaria en el municipio de Rio de Janeiro, Brasil. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):879-92.

En el municipio de Rio de Janeiro, la implementación de las Unidades de Atención de Emergencia (UPA) fue principio rector de la política de salud y modelo para la estructuración de la red de emergencia (RUE). Esta encuesta analizó la integración de las UPA con otros servicios de salud. Fueran realizadas nueve entrevistas con los gerentes centrales y locales, interpretadas según la Teoría de la Estructuración de Anthony Giddens. Los resultados mostraron poca integración de las UPA, causadas por debilidades estructurales de la red y por la fragmentación de la gestión de los servicios. A pesar de la inversión política y financiera, esta estrategia no ha logrado superar los problemas de integración entre los servicios de salud, señalando la baja prioridad que el gobierno coloca para la atención primaria y el poco desarrollo de las redes de atención a la salud.

Palabras clave: Servicios Médicos de Urgencia. Atención a la Salud. Administración de los Servicios de Salud.

Submetido em 20/07/15. Aprovado em 15/03/16.

Pacientes difíceis na atenção primária à saúde:

entre o cuidado e o ordenamento

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli^(a)

Deisy Vital dos Santos^(b)

Mariana Cabral Schweitzer^(c)

Zoboli ELCP, Santos DV, Schweitzer MC. Difficult patients in primary health care: between care and order. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):893-903.

This study was aimed to understand nurses and doctors ethical deliberation related to difficult patients in Primary Health Care (PHC). It used a comprehensive approach, based in the methodological theoretical framework of deliberative Bioethics, using semi-structured interviews and practical wisdom as the analytical category. Seventy PHC professionals in São Paulo were interviewed between 2002 and 2010. The results show that intermediary courses of action tend to a trade-off between two values: care and planning. In the case of extreme courses of action, nurses tend more to care and doctors to planning. We conclude that difficult patients are common in PHC and health professionals tend to have courses of action in order to assist them without disturbing the routines of services, of other professionals and of users.

Keywords: Professional practice. Nurse patient relations. Physician-patient relations. Primary Health Care.

O estudo objetivou compreender a deliberação ética de enfermeiros e médicos diante de pacientes difíceis na Atenção Primária à Saúde (APS). Utilizou-se uma abordagem compreensiva, ancorada no referencial teórico metodológico da bioética deliberativa. Analisaram-se as entrevistas semiestruturadas, tomando a prudência como categoria analítica. Entre 2002-2010, entrevistaram-se setenta profissionais da APS do município de São Paulo. Os resultados evidenciam que os cursos de ação intermediários dos profissionais tendem à conciliação dos valores cuidado e ordenamento. Nos cursos de ação extremos, as enfermeiras tendem para o cuidado, e os médicos, para o ordenamento. Conclui-se que os pacientes difíceis são comuns na APS e os profissionais tendem a apresentar cursos de ação para atendê-los, sem perturbar a rotina da unidade, os demais profissionais e usuários.

Palavras-chave: Prática profissional. Relação enfermeiro-paciente. Relação médico-paciente. Atenção Primária à Saúde.

^(a) Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419. Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 05403-000. elma@usp.br

^(b) Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus, Ba, Brasil. deisy@ufrb.edu.br

^(c) Departamento de Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. marycabral101@usp.br

Introdução

As situações de encontros difíceis na Atenção Primária à Saúde (APS) são comuns e geram estresse para o profissional e o usuário¹. Entre 15 e 60% dos usuários da APS são considerados como “difíceis” pelos profissionais que os atendem². No Brasil, médicos da Estratégia Saúde da Família (ESF) relataram atender esses pacientes diariamente, um em seis atendimentos, ainda que o impacto na prática diária se dê mais pela intensidade emocional que pela frequência³. Essas circunstâncias podem gerar problemas éticos pelos conflitos de valores que envolvem. Apesar da influência da intuição e da subjetividade na compreensão do termo, há componentes comuns que dificultam o encontro de profissionais e usuários da APS: características do paciente e do médico, meio ambiente, condições de trabalho, habilidades de comunicação e relacionamento. Aponta-se, também, a interação entre idade, sexo e etnia dos profissionais e pacientes⁴.

Os estudos, usualmente, enfocam alternativas técnicas para lidar com a situação, esquecendo que envolvem conflitos de valores e deveres fundamentais da profissão^{1,3,4}. A presente pesquisa analisa a situação de pacientes difíceis para o cuidado na APS na perspectiva do conflito de valores. A enfermagem enquanto prática social articula cuidado-técnica e cuidado-ética. No primeiro, o valor central é a ordem ou o ordenamento e, no segundo, o valor central é o cuidado⁵.

Considerando isso, este artigo aborda as seguintes questões: como os valores cuidado e ordenamento articulam-se na prática de enfermeiros e médicos na APS?; Como esses profissionais deliberam no conflito dos dois valores? Para onde tendem os cursos de ação? Assim, o objetivo do artigo é compreender a deliberação ética de enfermeiros e médicos diante de pacientes difíceis na APS.

Pacientes difíceis associam-se a traços como: distúrbios de saúde mental, múltiplos sintomas, dor crônica, expectativas não atendidas, insatisfação persistente com a assistência, hiperutilização dos serviços de saúde³. Também questões de ordem médica e comportamental motivam considerar os pacientes como difíceis: falta de vontade de se cuidar; excesso de demandas; comportamentos manipulativos; famílias conflituosas; múltiplas queixas¹. Os pacientes hiperutilizadores dos serviços (heartsink patients), um tipo de paciente difícil, são os que visitam repetidamente os serviços com sintomas múltiplos, não específicos, muitas vezes, com queixas impossíveis de tratar¹. Descrevem-se os pacientes difíceis, em geral, como os que despertam nos profissionais uma mescla de sentimentos negativos (exasperação, derrota, aversão), usualmente, devido a comportamentos considerados inapropriados para ambientes de assistência médica². As situações de encontros clínicos difíceis na APS agravam-se quando os profissionais não dominam habilidades psicossociais³. O presente estudo, sem desconsiderar a variedade da tipologia de paciente difícil, usou o tipo hiperutilizador e demandante para analisar a tendência da deliberação dos profissionais.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem compreensiva, ancorada no referencial teórico-metodológico da bioética deliberativa, que usou como base empírica os discursos de enfermeiros e médicos de Unidades Básicas de Saúde do Município de São Paulo. A coleta dos discursos deu-se durante nove anos de trabalho de campo (2002-2010) de projetos de pesquisa financiados que investigaram a interface da bioética e APS, com foco em ‘como’ e ‘com quais’ fundamentos os profissionais lidam com os problemas éticos da APS. O repertório de discursos analisados proveio de estudos qualitativos que usaram o mesmo método e a mesma entrevistadora, por isso, foi possível a síntese em direção a novos achados⁶.

A coleta de dados por entrevistas semiestruturadas seguiu critérios de representatividade, variabilidade social e suficiência para atingir os objetivos e responder às perguntas de pesquisa. Nas entrevistas, usavam-se cenários hipotéticos com questões éticas, solicitando-se recomendações de como a equipe deveria agir nas situações. Neste artigo, analisou-se a vinheta com o caso de um usuário perturbador da rotina da unidade, um dos comportamentos que levam os profissionais da APS a caracterizarem o paciente como difícil.

A vinheta era:

O senhor C, hipertenso e diabético, frequentemente, faz demandas que dificultam as atividades e perturbam a rotina da unidade de saúde. O médico e a enfermeira da equipe na qual ele é cadastrado tentam assisti-lo da melhor maneira possível, mas a cada dia sentem-se mais tentados a deixar de investir seus esforços. O que você recomendaria à equipe?

Baseando-se em estudos anteriores^{4,7-9}, percebeu-se que as situações com pacientes perturbadores da rotina dos serviços seria cenário propício para reconhecer como ocorre a deliberação nas situações de conflito dos valores cuidado e ordenamento. O referencial teórico-metodológico da bioética deliberativa compreende a ética a partir da linguagem moral dos fatos, valores e deveres. Abarca a deliberação, a hermenêutica, a responsabilidade e a prudência por meio do procedimento deliberativo. O referencial permite analisar o discurso e identificar os valores em conflitos e os cursos de ação para lidar com esta situação¹⁰.

A organização dos dados usou o MaxQDA 11. Para explicitar os valores em conflito e os cursos de ação para lidar com as situações eticamente problemáticas, a análise incluiu: leitura flutuante dos discursos para o sentido geral da informação e seu significado; detalhamento da análise inicial pela leitura exaustiva dos discursos para codificação e separação de segmentos em categorias empíricas; detalhamento da informação, com a distribuição dos cursos de ação segundo o procedimento do referencial teórico-metodológico da bioética deliberativa¹⁰.

Com isso, organizaram-se os dados para se deliberar sobre os seguintes valores e deveres: identificação do problema ético fundamental da situação descrita na vinheta e nas recomendações; reconhecimento dos cursos de ação propostos; disposição dos cursos para elucidação da tendência na solução dos conflitos; desvelamento de categorias empíricas 'transversais', nas fundamentações dos cursos de ação.

Na análise dos dados, foi possível estabelecer as relações entre os achados e indicar a tendência dos cursos de ação contidos nos discursos a partir da categoria 'prudência'. As categorias analíticas são as que retêm as relações sociais fundamentais e podem ser tomadas como balizas para o conhecimento do objeto de estudo nos seus aspectos gerais. Tomou-se a categoria analítica prudência (*phronêsis*) como característica da boa deliberação que leva ao agir refletido e permite a ação ponderada, discutida, examinada. Como a deliberação procede das concepções de Aristóteles, entendeu-se a prudência nesta vertente, como resgata Gracia^{10,12-15}.

A palavra prudência não é unívoca, podendo significar, inclusive, cautela e precaução. Mas, nos estudos de ética fundamentados na deliberação, entende-se prudência como sabedoria ordenada para buscar os bens humanos, por decisões que sejam o 'melhor' para um momento concreto. A decisão prudente requer abrir o leque de saídas possíveis, aclarando em que medida contribuem ou impedem a realização dos valores em conflito.

Isso orientou a análise dos cursos de ação dos discursos, considerando-se prudentes os que realizavam, ou lesavam minimamente os dois valores em conflito na situação norteadora das entrevistas. Visto que, na bioética deliberativa, o dever moral é realizar valores, estes tributos dos fatos que tornam o mundo apropriado para uma vida compatível com a dignidade dos seres humanos.

Os projetos de pesquisa foram aprovados pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

Deliberação

Deliberar é um modo aberto de pensar conjuntamente situações de incerteza para gerir, responsável e prudentemente, fatos, valores e deveres. A deliberação é procedimento concreto, objetivo, que avalia problemas éticos, incluindo as circunstâncias das situações e as consequências das possíveis saídas, para chegar à melhor alternativa para a condução do caso, pela ponderação e justa medida^{10,12-15}.

Na deliberação, constrói-se o juízo moral pelo encadeamento de fatos, valores e deveres, ponderando-se diferentes pontos de vista, a partir de experiências e conhecimentos para eleger cursos de ação em situações moralmente conflitivas, propiciando a condução da vida prática mais prudente, sábia e responsável^{10,12-15}. Ou seja, a deliberação visa encontrar saídas factíveis para concretizar os valores na vida prática, dadas as circunstâncias dos fatos e deveres.

No procedimento deliberativo, os juízos éticos constroem-se em três momentos: cognitivo (dos fatos, orientado lógica cognitiva); valoração, estimação ou preferências (dos valores), e volitivo (dos deveres). Este é o mais propriamente moral, pois inclui: o ato voluntário (autônomo), a disposição do querer para concretização dos valores, em projetos de vida justa e feliz¹³.

Fatos são dados de percepção, objetivos, contundentes, observáveis. Os valores ancoram-se nos fatos, pois, necessariamente, estima-se o observado. Assim, não há fatos puros, pois estes sempre se acompanham dos valores que, ao mesmo tempo, são intuídos individualmente e construídos socialmente, pois não dependem só de preferências pessoais, havendo valores que devem ser assumidos por todos para uma vida digna em sociedade, como liberdade, solidariedade e beleza.

Os valores dão o conteúdo dos deveres, que são o aspecto formal da obrigação moral. Nas situações específicas e reais da prática diária, como os valores, os deveres podem entrar em conflito; nesses momentos, não sabemos como devemos agir para realizar os valores, ou lesá-los minimamente, e é preciso lançar mão da deliberação para encontrar as saídas morais, os vários cursos de ação, ou seja, opções factíveis para a realização dos valores no caso descoberto como problema ético. Os cursos de ação extremos são opções que realizam somente um dos valores em conflito, e os intermédios são os que realizam ao máximo, ou lesam, minimamente, todos os valores em conflito como saídas prudentes. É entre estes que se encontra o curso ótimo para solução do conflito^{10,12-15}.

Resultados

Foram coletados os discursos de setenta sujeitos, sendo 34 enfermeiros e 36 médicos de serviços da Atenção Básica: Estratégia Saúde da Família (ESF); Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS); Centros de Saúde Escola (CSE). Quanto à caracterização dos enfermeiros, apenas um era do sexo masculino e 33 do sexo feminino; a idade variou entre 22 a 53 anos, e o tempo de trabalho entre um e trinta anos. Em relação aos médicos, 14 eram do sexo masculino e 22 do sexo feminino; a idade variou entre 27 e 57 anos, e o tempo de trabalho variou entre 11 meses e 36 anos.

Cursos de ação

Os cursos de ação propostos pelos profissionais para lidar com os pacientes difíceis na APS agrupam-se da seguinte forma: ações educativas; envolvimento da rede social e familiar; uso da autoridade profissional para manter a ordem; humanização da gestão; humanização da clínica; acionamento da rede profissional e do serviço. As ações educativas incluíram como cursos de ação: adequar orientações para o paciente; checar o que o paciente entendeu das orientações; explicar vantagens da responsabilidade no tratamento; orientar o usuário sobre a gravidade da doença; orientar sobre a corresponsabilização pela saúde, com o que cabe aos profissionais e os usuários. Ao sugerir como curso de ação acionar a rede social e familiar, um dos enfermeiros assinala: “porque a gente sabe que é uma rede, que ela conta com uma rede muito maior, porque existem outras famílias, parentes, outras pessoas com quem ela pode contar e que ela possa resolver e fica aquela sensação de que talvez seja mais fácil desistir” (cse E35).

O ‘uso da autoridade profissional para manter a ordem’ traz cursos de ação que variam do uso apropriado ao exagerado. Como uso autoritário, exagerado do poderio profissional estão cursos como: dar bronca no usuário e punir; atender e encaminhar para outro serviço; não deixar tumultuar para não perturbar os outros usuários; falar não para o usuário, às vezes; vigiar o paciente; chamar a atenção do usuário, orientando que o tratamento também depende dele. O uso apropriado da autoridade profissional para manter a ordem da unidade e, por vezes, conseguir aliar

o atendimento norteia os seguintes cursos: explicar a rotina; esclarecer ao usuário que ele também tem deveres e que deve respeitar a equipe; atender, mas colocar limites, explicando a rotina da unidade; atender, mas negociar o horário para não perturbar a rotina; atender, mas explicar a rotina da unidade; as urgências serão sempre atendidas.

As punições incluem: negar novas receitas, quando o usuário as perde (psf M10); dar a vaga para um usuário que irá aderir ao tratamento (cse M35). As falas enérgicas podem ser feitas com cuidado para não serem ríspidas (psf M6) ou com trato desrespeitoso e xingamentos (psf M1; psf M10; psf E2). A humanização da saúde inclui a gestão e a clínica. Quanto à humanização da gestão, têm-se as seguintes ações: abrir brechas na rotina para facilitar o comparecimento do usuário; rever a ação profissional; lembrar da responsabilidade do gestor para com o profissional de saúde; estar atento ao *burnout* do profissional de saúde. Quanto a esse curso, um dos médicos assinala: “Dificilmente a gente fica desocupado aqui, para ir no banheiro é difícil, estou com a boca seca [...] a gente dificilmente consegue sair do consultório, a gente abre a porta já vem alguém, pede alguma coisa, faz demandas” (psf M10).

Um outro médico menciona a sobrecarga pelo número de usuários a serem atendidos: “Não é só um paciente, são vários pacientes, é hora de parar um pouco o trabalho, conversar e ver o que é que está acontecendo, por que é que está desistindo desse/daquele paciente” (psf M11).

Os profissionais apontam que o espírito de equipe e o trabalho conjunto também são importantes para lidar com o *burnout*: “A gente acaba até adoecendo, um estresse grande, a responsabilidade muito grande se a gente não tiver essa colaboração dos próprios colegas de trabalho, não é?!” (ubs M29).

Na humanização da clínica, os discursos apontaram as seguintes ações: o profissional investir no autoconhecimento; evitar rótulos para os usuários; ampliar a clínica; ter projeto terapêutico singular; investir no vínculo; estimular o autocuidado; estimular a confiança do usuário no tratamento; estimular a autoestima do usuário; realizar escuta ativa; empatizar com a condição de doente crônico do usuário; condoer-se pelo paciente; ampliar a clínica na consulta de enfermagem; realizar acolhimento.

Quanto a evitar rótulos para os usuários, há a preocupação de que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) na ESF possa levar essa alcunha para a Comunidade, desacreditando o serviço. Por isso, a enfermeira defende que é melhor não ter esse hábito, nem mesmo internamente, na equipe:

“[...] às vezes vem uns jargãozinhos [...] que são tentadores porque se espalham de uma forma que a gente tem que estar controlando, porque como tem ainda os agentes comunitários, se tem um rótulo para o paciente, de repente na comunidade esse rótulo se espalha, então quando se percebe isso dentro da equipe [...] é logo [...] tentamos abafar da melhor forma possível [...] porque tem que estar respeitando a necessidade de cada um”.

(psf E3)

A ampliação da clínica inclui explorar melhor a vida do usuário: “conhecer também a vida desse senhor fora daqui do posto de saúde precisa saber porque ele está aqui todos os dias [...] quem é a família [...] se ele tem algum meio [...] o seu lado financeiro” (ubs E23).

Empatizar com a condição de doente crônico significa considerar o peso de ter de tomar medicação, mudar a forma de vida:

“porque é difícil a pessoa aceitar que é hipertenso e diabético [...] ele diz que essa doença veio para acabar com ele, mas [...] mesmo assim ele não faz nada para que melhore o seu estado”. (psf E8)

“eu sei que ninguém na vida está preparado para ficar o resto da vida sempre resolvendo problema”. (cse E33)

No agrupamento 'acionar a rede profissional e do serviço', os discursos apontam como cursos de ação: mudar de profissional para o atendimento; acionar profissionais de saúde da UBS; envolver outros setores da unidade; realizar visita domiciliar para conhecer a família; buscar novas alternativas de abordagem; encaminhar para grupos na unidade; usar linguagem única na conduta da equipe e da UBS; revezar os membros da equipe no atendimento; discutir o caso na equipe; envolver o ACS; envolver saúde mental; apoio mútuo na equipe. A estruturação da ESF favorece a visita domiciliária.

"descobrir com a família o que está faltando [...] o que está acontecendo, estar realizando visita domiciliar [...] para estar descobrindo como é essa dinâmica familiar e estar descobrindo a origem desse problema do cliente e estar tentando resolver". (psf E6)

"fazer o diagnóstico da casa; conhecer a casa, a família, ver quem são a família, como é essa família; se ela adere também a esse tratamento". (psf E12)

O revezamento dos profissionais no atendimento objetiva não sobrecarregar somente um membro da equipe e, também, favorece a coesão dessa:

"[...] para não estar sobrecarregando apenas um da equipe, e normalmente esse um é a enfermeira que recebe, então a gente consegue fazer este rodízio e então estar passando pelo médico e depois para enfermeira [...] se for necessário. A gente tem a participação conjunta de toda a equipe nesses momentos difíceis". (psf E3)

O apoio mútuo da equipe é visto como forma de dividir responsabilidades e lidar com o desgaste decorrente do atendimento ao paciente difícil da APS: "trabalho conjunto é um trabalho de equipe não deve ficar concentrado só na consulta médica até porque muitas outras coisas envolvidas nessas doenças são perfeitamente possíveis de serem discutidas e conversadas não necessariamente só com o médico, ou com a enfermeira" (cse E32).

Tendência dos cursos de ação dos profissionais

Para a análise da tendência dos cursos de ação com base na deliberação, usou-se, como problema ético fundamental, o seguinte questionamento: 'Como atender um paciente difícil, sem comprometer a ordem e a rotina da UBS?'. Os valores em conflito são os que embasam os componentes técnico e ético da enfermagem: ordenamento e cuidado.

Os cursos extremos são: manter a ordem, fazendo o usuário se adaptar à rotina da unidade (ordenamento) e atender o usuário toda vez que trazer demandas à unidade (cuidado). Dentro desse leque (Figura 1), distribuíram-se os cursos de ação encontrados, com base na representatividade de cada categoria nas alternativas encontradas nos discursos.

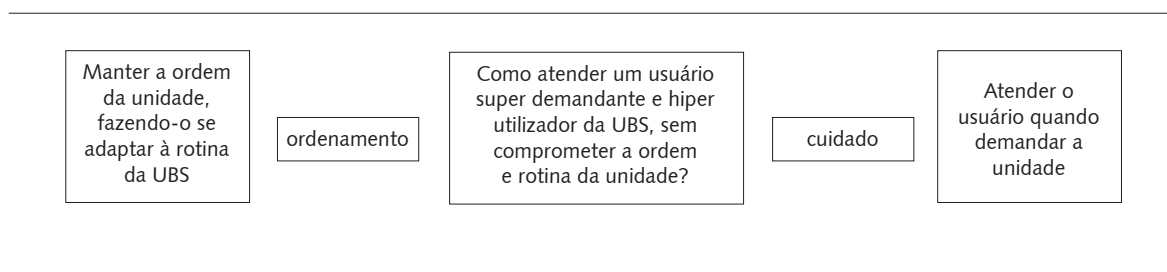


Figura 1. Problema ético, valores em conflito e cursos extremos de ação

Mais próximas do curso extremo que preserva o ordenamento estão ações como: dar bronca e punir o usuário; explicar a rotina; esclarecer que o usuário tem deveres e deve respeitar a equipe; chamar a atenção do usuário, falando que o tratamento depende dele; não deixar tumultuar para não perturbar os outros usuários; às vezes, é preciso falar não para o usuário. Nesse polo, predominam os discursos médicos. No curso extremo do cuidado, estão os que querem garantir atendimento ao usuário quando ele procurar a unidade: *a t e n d e r s e m p r e* as urgências; acionar profissionais de saúde da UBS; revezar os membros da equipe no atendimento. Nessa extremidade, predominam os discursos dos enfermeiros.

No intervalo entre os cursos extremos, estão os que dão conta de realizar os dois valores. Esses são os cursos intermédios, que podem ser ótimos para lidar com a situação: atender e encaminhar para outro serviço; atender, mas colocar limites, explicando a rotina da unidade; atender, mas negociar o horário para não perturbar a rotina; atender, mas explicar a rotina da unidade; abrir brechas na rotina para facilitar o comparecimento do usuário. Nesse intervalo, sobressaem-se os discursos dos enfermeiros. O curso 'atender e encaminhar para outro serviço' aproxima-se mais do extremo de manter a ordem, pois prevê afastar o usuário. Há um discurso de médico e outro de enfermeiro:

"não segue regras, não segue [...] né, encaminha pra um serviço especializado". (psf M6)

"aqui é uma UBS, você precisa de agendamento médico normalmente [...] então o senhor vai no HC pelo pronto socorro, vê se alguém atende lá". (ubs E28)

Dentre os cursos intermédios, há, também, os que contribuem para conseguir realizar os valores de ordenamento e cuidado porque: ampliam a clínica, impulsionam a empatia, o diálogo com o usuário, estimulam o trabalho em equipe, trabalham na autoestima e autocuidado do usuário. Destaca-se a discussão do caso em equipe:

"Tem que estar trabalhando para não acontecer isso, não chegar a esse momento tem que estar trabalhando com a equipe os limites de cada um [...] nós não temos esse momento de fala, de estar extravasando todos os seus pontos negativos e vendo pontos positivos. Esse momento deve existir sempre para evitar esses momentos de stress". (psf E3)

"tem que sentar: o médico, a enfermeira, o auxiliar e ver uma melhor forma de estudar o caso deste paciente, para ver a melhor forma possível, tanto para equipe quanto para o paciente". (psf E7)

A ampliação da clínica, também na consulta de enfermagem, e a escuta ativa apareceram como vias para a autoestima e o autocuidado, a partir da compreensão da real situação do usuário:

"Será que é uma pessoa solitária? Será que é uma pessoa abandonada será que está com problemas, então tudo isso tem que ser visto, não só a abordagem do ponto de vista dos problemas físicos: como é que está a situação social, situação familiar". (psf M4)

"É a autoestima que ele não tem mais, é por que ele está desempregado, ele está aposentado, sempre tem um por que". (psf E11)

"olhar a forma como esse paciente está sendo abordado [...] faz-se o melhor possível, será que esse 'melhor possível' é aquilo que os profissionais técnicos, no caso, médico e enfermeira acham que é o melhor possível pra esse paciente? A abordagem do paciente está errada, então precisa ser revista". (psf M4)

Destaca-se a importância atribuída ao ACS para lidar com esse caso:

“é muito mais responsabilidade do agente perante o paciente [...] o agente comunitário não desista [...] de cobrar da equipe, seja do médico, da enfermeira, do auxiliar [...] porque se ele desiste a equipe vai deixar delado, porque o médico e a enfermeira quando é que vai lembrar de novo desse caso? [...] só vai lembrar quando ele vier de novo aqui na unidade, pedir pra ser atendido e perturbe a rotina”. (psf E14)

Discussões

Os cursos de ação propostos por médicos e enfermeiros para lidar com os pacientes difíceis aproximam-se do identificado em outros estudos^{1,4,7}. Algumas pesquisas sobre a questão dos pacientes difíceis exploraram o ponto de vista profissional; colocaram a responsabilidade da situação no comportamento do paciente, culpabilizando-o pelo mal-estar, tentaram desvelar por que esses pacientes causam aflição para os profissionais. Há vários motivos para esses comportamentos, sejam ligados aos profissionais ou aos pacientes: carga de trabalho; satisfação profissional; atitudes psicossociais; contratransferência; doenças associadas, situação social, contexto familiar.

Pesquisa com médicos de família nos EUA indicou: estratégias colaborativas (vs. oposição), uso apropriado de poder (vs uso indevido do poder ou violação dos limites de cada parte) e empatia (vs. fadiga da compaixão), como formas de lidar com esses casos, aproximando-se dos resultados apresentados neste artigo.

Nas estratégias colaborativas, o estudo norte-americano apontou: priorizar as preocupações do paciente; envolver o paciente na tomada de decisão, com esclarecimentos por meio de informações honestas, consistentes, objetivas e justas; o trabalho em equipe, com referências para outros profissionais; autocuidado acompanhado, com o estabelecimento de metas possíveis de serem alcançadas. O uso apropriado do poder visava a adequação do paciente às normas institucionais.

Foram sugeridos: aprazamentos mais frequentes; atendimentos com mais tempo de duração; boa documentação do caso no prontuário; estabelecimento de limites, fazendo claras as regras, restringindo o número de queixas e determinando um tempo de duração máximo para cada consulta. A empatia apareceu como estratégia para: a compreensão dos aspectos psicológicos e das emoções dos pacientes; ser compassivo e firme, centrar-se no paciente e reforçar os pontos positivos.

O uso de poder profissional no atendimento dos usuários na APS merece especial atenção porque esses estão em seu território e ambiente. Tanto os profissionais como os usuários exercem o poder em diferentes níveis, embora com predomínio dos primeiros, especialmente, os médicos. Os usuários exercem seu poder por meio da informação que escolhem compartilhar com a equipe ou seus membros, e com as decisões de aderirem a planos de tratamento. Os profissionais de saúde podem exercer seu poder ao decidirem o que oferecem aos usuários, ao controlarem o fluxo da conversa com perguntas. Por isso, os pacientes difíceis podem ser vistos como afronta, levando ao uso indevido do poder profissional. Esse uso do poder profissional apareceu nos resultados do presente estudo com aspectos de punição. O autoconhecimento dos profissionais foi um dos cursos apontados. Há questões que os profissionais poderiam se fazer quando estão frente a um paciente difícil: Por que considero esse paciente difícil? Que vieses ou preconceitos posso ter? Qual é a minha agenda para esse paciente hoje? .

Os resultados indicaram a necessidade de investir no vínculo como forma de lidar com as situações de pacientes difíceis, a fim de melhorar a relação dos profissionais com o usuário. Nesse sentido, há alguns princípios norteadores das relações que podem ajudar: o alvo da mudança deve ser a relação profissional-usuário, e não de um desses isoladamente; a experiência emocional

do usuário merece um foco explícito na interação clínica; a perspectiva do paciente é que deve nortear o encontro clínico. Em outras palavras, deve-se tirar o foco da doença para direcioná-lo ao paciente, como pessoa, com uma biografia, numa interação colaborativa.

Estudo dinamarquês aponta que o comportamento e reações emocionais dos enfermeiros ante os pacientes difíceis incluem estratégias de “persuasão”, “compromisso” e “afastamento”. Essas podem ser usadas pelo mesmo profissional, a depender da situação e do momento. A estratégia de persuasão inclui desde conselhos até ameaças. O distanciamento ou afastamento é a frieza emocional. O compromisso consiste em não abandonar, mesmo sabendo que o paciente não irá aderir às recomendações.

Em pesquisa desenvolvida em um Centro de Saúde Familiar do Chile, com pacientes difíceis que eram policonsultantes, concluiu-se que essa situação pode ser tomada como um fenômeno que expõe a fragilidade do enfoque biomédico.

Quanto à tendência dos cursos de ação de médicos e enfermeiros, os resultados apontam diferenças. Os cursos de ação dos enfermeiros tendem mais à conciliação dos dois valores, e, quando isso não fica claro, os discursos trazem caminhos que preparam para a realização de ambos os valores. A ordem lexical entre os valores de cuidado e ordenamento aparece nos resultados, pois os enfermeiros, nos cursos extremos, tendem mais ao cuidado. Os médicos se aproximam mais do polo de manutenção da ordem e da rotina da unidade.

Considerações finais

O atendimento a pacientes difíceis é algo frequente na APS, podendo gerar: sobreutilização dos serviços, insatisfação com os atendimentos e desgaste para os profissionais. Estes, ao se sentirem incapazes de suprir as necessidades e demandas desses pacientes e perceberem a insatisfação que têm com a assistência prestada, podem encaminhá-los para especialidades, exames, nem sempre tão necessários.

Na presente pesquisa, a tendência de enfermeiros e médicos foi optar por cursos de ação que possibilitam atender bem os pacientes difíceis, abordando a situação de maneira compreensiva e ampla, sem perturbar a rotina da unidade, a dinâmica da equipe de saúde e o atendimento aos outros usuários. Os cursos de ação que se destacaram incluíam: discussão dos casos nas equipes, estabelecimento de novas abordagens e estratégias de atendimento mais acolhedoras, acionando os diversos recursos da unidade e do território.

Os profissionais usam indevidamente o poder quando se sentem desafiados por usuários que questionam, não seguem indicações, não respeitam normas. Isso apontou, muitas vezes, limitações na prática profissional devido à falta de domínio de meios e instrumentos para alcançar as soluções almejadas, especialmente habilidades psicossociais para compreender e lidar com relações difíceis, e comunicacionais, para dialogar sobre a vivência destas situações.

São necessárias ações transitivas para incorporar o preparo das habilidades relacionais na formação inicial e contínua dos profissionais para relações mais assertivas, rompendo-se o histórico comportamento paternalista e autoritário que não vê o usuário como um adulto em uma relação que precisa tender à horizontalidade, com acolhimento e visão de integralidade. Há solo fértil para estas ações, pois os enfermeiros e médicos reconhecem a importância do vínculo, da ampliação da clínica, da empatia.

É preciso, também, fortalecer os profissionais que enfrentam relações difíceis com os usuários na APS, por meio de momentos para compartilhar experiências, analisar casos e vislumbrar formas assertivas para lidarem com tais situações.

A situação estudada é frequente na APS, mas ainda há poucas publicações, especialmente no Brasil, sobre a temática e o significado para a prática profissional do lidar com pacientes difíceis.

Colaboradores

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli coordenou os projetos de pesquisa, fez a coleta, análise dos dados e elaborou a proposta inicial do artigo. Deisy Vital dos Santos e Mariana Cabral Schweitzer elaboraram a versão final do artigo, participando, igualmente, da discussão dos resultados das pesquisas, da redação e revisão do texto.

Referências

1. Elder N, Ricer R, Tobias B. How respected family physicians manage difficult patient encounters. *J Am Board Fam Med*. 2006; 19(6):533-41.
2. Fiester A. The "difficult" patient reconceived: an expanded moral mandate for clinical ethics. *Am J Bioeth*. 2012; 12(5):2-7.
3. Edgoose J. Rethinking the difficult patient encounter. *Fam Pract Manag*. 2012; 19(4):17-20.
4. Mas-Garriga X, Navarro-Giloi M, Vazquez-Morochoa J, Delso-Garafota C, Mahfouz-Castejo T, Almeda-Ortega J. Encuentros difíciles médico-paciente: ¿um problema inevitable?. *Aten Primaria*. 2009; 41(1):9-17.
5. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev Latino-am Enferm*. 2013; 21(3):695-703.
6. Sandelowski M, Barroso J. *Handbook for synthesizing qualitative research*. New York: Springer; 2007.
7. Mas-Garriga X, Solé-Dlafó M, Licerán-Sanandrés M, Riera-Cervera D. Pacientes de trato difícil en atención primaria: ¿están satisfechos con la atención recibida en su centro de salud? *Aten Primaria*. 2006; 38(4):192-9.
8. Gerrard TJ, Ridell JD. Difficult patients: black holes and secrets. *Br Med J*. 1988; 297(6647):530-2.
9. Zoboli ELCP. Bioética e atenção básica: um estudo de ética descritiva com enfermeiros e médicos do Programa Saúde da Família [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
10. Zoboli ELCP. Deliberação: leque de possibilidades para compreender os conflitos de na prática clínica da atenção básica [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.
11. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 13a ed. São Paulo: Hucitec; 2013.
12. Gracia D. *Deliberación moral: el papel de las metodologías en ética clínica*. Madrid: Universidad Complutense; 2009. [material didáctico del curso].
13. Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Med Health Care Philos*. 2001; 4(2):223-32.
14. Gracia D. *Pensar a bioética: metas e desafios*. São Paulo: Loyola, Centro Universitário São Camilo; 2010.
15. Gracia D. *Valor y precio*. Madrid: Editorial Triacastela; 2013.
16. Hiriart GM, Gatica XS. Pacientes policonsultantes: ¿un síntoma del sistema de salud en Chile? *Acta Bioeth*. 2014; 20(2):215-23.

Zoboli ELCP, Santos DV, Schweitzer MC. Pacientes difíciles en Atención Primaria de la Salud: entre la atención y el ordenamiento. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(59):893-903.

El objetivo de esta investigación fue el de entender la deliberación ética de las enfermeras y los médicos ante los pacientes difíciles en la Atención Primaria de Salud (APS). Para ello, se utilizó un enfoque comprensivo, anclado en el marco teórico metodológico de la bioética deliberativa. Se realizaron entrevistas semi estructuradas usando la prudencia como categoría de análisis. En el período que va de 2002 a 2010 fueron entrevistados setenta profesionales de la APS en São Paulo. Los resultados muestran que los cursos de acción intermediarios son más propensos a conciliar los dos valores: cuidado y ordenamiento. Cuando los cursos de acción son extremos, las enfermeras tienden para el valor cuidado y los médicos tienden al ordenamiento. Los pacientes difíciles son comunes en la APS y los profesionales tienden a tener cursos de acción para atenderlos, sin perturbar la rutina del servicio de los otros profesionales y de los usuarios.

Palabras clave: Práctica profesional. Relaciones enfermero-paciente. Relaciones médico-paciente. Atención Primaria de la Salud.

Submetido em 04/07/15. Aprovado em 31/01/16.

Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa

Heloise Fernandes Agreli^(a)

Marina Peduzzi^(b)

Mariana Charantola Silva^(c)

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):905-16.

The aim of this study is to describe key-elements of patient-centred care and its relationship with interprofessional collaborative practice in Primary Health Care, in the context of Unified Health System. Based on national and international review. The outcomes show that as professionals shift their focus towards patient centred care and patient's needs, their scope of view is broadened beyond the limits of their own professional activities. This shift is an enabler for changes in the current health care model towards comprehensive care and potentially impacting the quality of services.

Keywords: Patient-centred care. Primary Health Care. Interprofessional relations.

Este estudo foi realizado com o objetivo de descrever os elementos-chave da atenção centrada no paciente e sua relação com a prática interprofissional colaborativa na atenção primária à saúde, no contexto do Sistema Único de Saúde, apoiado em revisão de literatura nacional e internacional. Os resultados mostram que, à medida que os profissionais centram atenção no paciente e suas necessidades de saúde, operam simultaneamente um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional. Esse deslocamento é reconhecido como componente de mudança do modelo de atenção à saúde na perspectiva da integralidade, com potencial de impacto na qualidade da atenção.

Palavras-chave: Assistência centrada no paciente. Atenção Primária à Saúde. Relações interprofissionais.

^(a,b) Departamento de Orientação Profissional, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419, Cerqueira Cesar. São Paulo, SP, Brasil. 05403-000. heloisefernandes@usp.br; marinape@usp.br
^(c) Secretaria de Saúde, Prefeitura Municipal de Campinas. Campinas, SP, Brasil. macharantola@gmail.com

Introdução

A proposta de analisar a atenção centrada no paciente (ACP) na prática interprofissional colaborativa (PIC) é motivada por duas questões. A primeira decorre da ênfase das políticas de saúde e dos centros de pesquisa voltados para a PIC¹⁻⁴ na ACP como um dos domínios essenciais para a colaboração interprofissional. A literatura sobre prática interprofissional também aponta a ACP como um elemento primordial do trabalho em equipe e da PIC⁵.

O segundo aspecto que motiva o estudo é que, embora a literatura estabeleça a ACP como domínio de competência da PIC^{1,6} e apresente bons resultados empíricos associados à ACP^{7,8}, identifica-se ausência de uma definição consensual para o termo ACP, o que prejudica sua implementação⁹ e dificulta o diálogo entre a literatura nacional e internacional. Este diálogo é necessário para se compreender de que forma as contribuições internacionais sobre a ACP se aproximam das abordagens usuário-centradas descritas no Brasil.

A literatura mostra que a ACP constitui um dos domínios essenciais para a colaboração interprofissional e elemento primordial do trabalho em equipe e da PIC⁵. A orientação das equipes para ACP é um dos indicadores para diferenciação em três níveis crescentes de colaboração⁵ (potencial para colaboração, colaboração em desenvolvimento, colaboração ativa), e reserva a denominação de equipes com “colaboração ativa” àquelas que orientam suas ações tendo como foco o paciente e suas necessidades de saúde.

Análise dos elementos-chave da ACP e de sua relação com a PIC permitirá aprofundar estudos e intervenções para o fortalecimento do trabalho em equipe e da PIC centrados no paciente, que resultem em impacto na qualidade da atenção à saúde.

Objetivo

Este texto tem por objetivo descrever os elementos-chave da ACP e discutir sua relação com a PIC na atenção primária à saúde (APS) no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Metodologia

Para identificar as contribuições nacionais na temática, foi conduzida revisão de literatura nas bases de dados BDENF, Lilacs e SciELO, utilizando o descritor “assistência centrada no paciente”, sem delimitação de tempo. A busca foi realizada no período de setembro de 2013 a fevereiro de 2014, com base nos critérios: estudos que tratassem da ACP como um dos assuntos principais e disponibilidade da publicação na íntegra de forma gratuita, sendo excluídas teses, dissertações e livros. Foram selecionados 14 artigos e acrescentadas quatro referências sobre o tema, presentes nos artigos revisados e de conhecimento das pesquisadoras¹⁰⁻¹⁴.

A busca na literatura internacional foi conduzida nas bases de dados Medline, Scopus e CINAHL, no mesmo período da busca nacional, utilizando os descritores “client centered care OR client centred care OR person centered care OR person centred care OR patient centered care OR patient centred care”. Para a seleção dos artigos, foram utilizados os mesmos critérios aplicados às bases de dados nacionais. Entretanto, a busca resultou em mais de vinte e quatro mil artigos científicos. Devido à marcante assimetria entre literatura nacional e internacional, evidenciada pela escassez de produção nacional sobre o tema e numerosa produção internacional com o uso dos descritores, optou-se por fundamentar a análise das contribuições internacionais em quatro artigos de revisão de literatura sobre avaliação, resultados e elementos centrais da ACP¹⁵⁻¹⁸.

Contribuições nacionais sobre a ACP

Observou-se escassez de produção nacional diretamente relacionada à ACP, e que os artigos selecionados eram majoritariamente provenientes da área de Enfermagem. Os estudos referiam à ACP vinculada aos seguintes aspectos: 1) perspectiva ampliada do cuidado em saúde, 2) participação dos pacientes no cuidado, e 3) humanização.

Na perspectiva ampliada do cuidado em saúde, encontra-se o agrupamento de contribuições sobre atenção à saúde de forma holística^{13,19-26}, integral^{13,20,24-28} e orientada a partir das necessidades em saúde^{13,19,21,22,24,25,28,29}. Enquanto, no aspecto da participação do paciente no cuidado, observa-se predomínio dos conceitos de autonomia^{21,24-26,30}, autocuidado^{12,19,21,22,29,31}, valorização da experiência^{20,23} e da participação do paciente^{13,21,28,32}.

A participação do paciente no cuidado é definida como oportunidade de exercício de cidadania do paciente em busca de autonomia (relacionada à ideia de liberdade, protagonismo, respeito à subjetividade)³³, assim como é condição importante para autocuidado^{19,20,33}. Compreende-se como autocuidado uma proposta de gestão do cuidado que incorpora colaboração entre a equipe de saúde e usuários, ao invés da atuação meramente prescritiva^{34,35}.

Os achados da literatura mostram que a ACP foi associada à humanização, sobretudo ao âmbito relacional, de interações entre profissionais e pacientes. A necessidade de aprimoramento na relação entre profissionais e pacientes foi citada como condição fundamental para a ACP^{19,21,24,25,30}, seja no contexto de resgate da condição humana^{19,24}, na qualificação da assistência^{22,24,25,28,30,31} ou para o sucesso terapêutico²⁶. São apresentados como valores para a ACP: empatia, respeito, solidariedade³⁰, escuta, apoio psicossocial²⁷, sensibilidade, afetividade, diálogo no cuidado em saúde²⁵, acolhimento e vínculo^{20,24}.

Os três aspectos identificados na literatura nacional sobre a ACP (perspectiva ampliada do cuidado em saúde, participação dos pacientes no cuidado e humanização) expressam propostas presentes na atual Política de Saúde no Brasil.

No cenário nacional das políticas de saúde, as abordagens que mais se aproximam da ACP, de acordo com os aspectos identificados na literatura, são: o processo de trabalho usuário centrado¹¹, o método clínico centrado na pessoa/ medicina centrada no paciente³⁶, o cuidado integral¹³, a Clínica Ampliada (CA)³⁷ e a Política Nacional de Humanização (PNH), todos ancorados no princípio da integralidade^{38,39}.

A CA integra a PNH e descreve a necessidade de ampliar o objeto de trabalho da clínica, de modo a contemplar a subjetividade dos envolvidos. Amplia-se, também, a finalidade do trabalho clínico, que, além de buscar a cura, prevenção, reabilitação e cuidados paliativos, passa a contribuir para o aumento da autonomia dos usuários.

A CA tem como eixo norteador a integralidade da atenção, a partir do pressuposto de que cada sujeito interfere ativamente em seu processo saúde/doença, sem desconsiderar a determinação social desse fenômeno³⁹. Cabe refletir de que forma a integralidade, enquanto princípio, é por si só uma busca pela ACP, uma vez que critica a fragmentação das ações perante os pacientes e sugere um arranjo das práticas que amplie o olhar limitado ao funcionamento biológico, procedimento centrado e alheio à consideração do indivíduo inserido em um espaço coletivo⁴⁰. Argumenta-se, portanto, que centrar a atenção no paciente implica considerá-lo unidade singular e participe de coletivos, ou seja, articular a dimensão individual e coletiva da atenção à saúde, tal como na concepção de integralidade da saúde.

O termo integralidade é usado para designar um dos princípios do SUS e expressa uma das bandeiras de luta do movimento sanitário⁴¹, de modo que se caracteriza como um norte para as práticas do sistema de saúde. Compreendemos integralidade como um termo polissêmico^{12,13} que se refere a: capacidade de resposta às necessidades, não restrita a condições morfológicas ou funcionais do organismo; integração e não-segmentação das ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde; articulações interdisciplinares, intersetoriais e interprofissionais que proporcionem melhores condições na atenção à saúde, e a necessidade de qualidade das interações no cotidiano da atenção à saúde, com condições que permitam o diálogo entre as pessoas envolvidas no cuidado¹⁴.

Contribuições internacionais sobre a ACP

Embora seja crescente o uso do termo *patient centred care*, não há consenso nas publicações sobre sua definição e os elementos-chave que o caracterizam.

Os estudos internacionais referiam a ACP vinculada a três aspectos: 1) perspectiva ampliada do adoecimento; 2) participação dos pacientes no cuidado, e 3) relação profissional e paciente.

Na perspectiva ampliada do adoecimento, observam-se as definições pautadas nas contribuições de Stewart e autores⁴², reconhecidos pelo detalhamento dos princípios para a medicina centrada no paciente, que inclui a compreensão de fatores sociais e psicológicos à compreensão das doenças¹⁵. O modelo biopsicossocial é descrito como elemento-chave da ACP¹⁶, entretanto problematiza-se a necessidade de ampliação da perspectiva biopsicossocial, pela compreensão da singularidade de cada paciente¹⁶ e necessidade de percepção integral de atenção à saúde^{17,42}.

Sobre a participação dos pacientes no cuidado, observou-se destaque à importância do envolvimento entre médico e paciente^{18,43} por meio do compartilhamento de informações¹⁵, objetivos, poder e responsabilidades¹⁸. O envolvimento do paciente como parceiro no cuidado é descrito como a base da ACP. Isso inclui a compreensão do paciente acerca de sua situação^{16,17,44} e a participação no processo de tomada de decisões^{17,44}, ao invés de uma relação paternalista entre profissionais e pacientes, como descrito por Parsons⁴⁵. Nesse sentido, a tomada de decisões compartilhadas é descrita como uma técnica da ACP, a ser empregada na busca de consenso entre profissionais e pacientes¹⁷.

A literatura internacional descreve a relação profissional-paciente como essência de modelo conceitual da ACP¹⁵, sobretudo, pela necessidade de reconhecimento da subjetividade do paciente e do médico, e da construção de aliança terapêutica^{15,17,18}. Na relação profissional-paciente, elementos centrais, como respeito à escolha dos pacientes e comunicação efetiva, são citados na maioria das descrições da ACP^{15-18,42,43}, com destaque para a comunicação aberta acerca da expertise profissional e do paciente, em um fluxo de troca de informações e conhecimento⁴⁶. Kitson et al.⁴³ conduziram estudo de revisão baseado na literatura de enfermagem e de políticas públicas de saúde, e corroboram a importância da relação profissional-paciente, porém, ampliando o escopo da atuação profissional para além dos profissionais médicos, na perspectiva interprofissional.

Além das quatro revisões selecionadas, outras publicações sobre ACP a consideram como um modelo de atenção à saúde que é amplamente discutido nos sistemas de saúde ao redor do mundo⁴⁷ em decorrência da identificação de limites do modelo biomédico convencional.

Diversos países, como Estados Unidos e o Reino Unido, têm adotado políticas de implementação da ACP. Nos estudos americanos, observa-se a ACP inserida no contexto da discussão da Reforma do Sistema de Saúde utilizando o termo *Patient Centred Medical Home* (PCMH)⁴⁸, definido, por pesquisadores, como modelo amplamente visado de reforma do sistema de saúde que enfatiza a APS e a ACP. No Reino Unido, a ACP foi classificada por autores como fundamental para a prestação de cuidados médicos de alta qualidade do atendimento e diminuição de erros médicos^{16,49}.

A ACP também é apontada como um atributo da PIC associado à segurança do paciente e qualidade da assistência⁵⁰⁻⁵².

Elementos-chave da ACP e PIC

Considerando o contexto nacional do SUS, seus princípios e diretrizes, com destaque para a integralidade da saúde, participação social e trabalho em equipe, a análise dos elementos-chave da ACP, baseada na literatura nacional e internacional, remete à seguinte síntese: a perspectiva ampliada do adoecimento, presente na literatura internacional, alarga-se para a perspectiva ampliada do cuidado à saúde; o compartilhamento de poder e responsabilidade entre profissionais e pacientes, que remete à participação dos usuários na tomada de decisão sobre seus cuidados, passa a contemplar, também, a participação e controle social da população no planejamento e organização da atenção à saúde em rede; e a relação profissional e paciente, que se refere à dimensão da comunicação e interação, dada a complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços em rede, estende-se às relações interprofissionais.

A análise das contribuições da literatura nacional e internacional sobre os atributos que caracterizam a ACP permite identificar um consenso em torno de três elementos-chave: 1) perspectiva ampliada do cuidado à saúde^{16-18,28-30,53}, que coloca a necessidade do reconhecimento e resposta integral às necessidades de saúde de usuário, família e comunidade; 2) participação do paciente no cuidado^{27,42,43}, que remete à necessidade de empoderamento e apoio para o autocuidado e autonomia^{15,19,21,22,24-27,30,34,42,43}, e 3) relação profissional e paciente^{13,14,18-20,24,25,30,42,43}, que contempla a expressão da subjetividade dos partícipes enquanto sujeitos dotados de autonomia.

Tais elementos-chave permitem uma análise das relações entre ACP e PIC, corroborando a relação recíproca entre ambos, apontada na literatura^{1,6}.

Perspectiva ampliada do cuidado à saúde

Esse elemento central da ACP refere-se: à resposta às necessidades dos pacientes sem reducionismo às dimensões de patologia e fisiologia; à atenção à saúde que busque integrar ações de promoção, prevenção, recuperação da saúde e reabilitação, respeitando e contemplando as articulações interprofissionais, interdisciplinares e intersetoriais na rede de atenção à saúde. Identificam-se diferenças na literatura nacional e internacional, pois esta última remete à abordagem integral ou biopsicossocial, enquanto, no cenário nacional, observa-se a busca pela ampliação da perspectiva biopsicossocial desde as discussões iniciais do SUS, com base na abordagem histórico-social das práticas de saúde⁵⁴ e o reconhecimento dos determinantes sociais do processo saúde-doença¹⁰.

A perspectiva ampliada do cuidado à saúde se refere à atuação profissional e concepções de saúde que remetem ao reconhecimento da necessidade de um elenco variado de profissionais, de modo a contemplar as múltiplas dimensões presentes nas necessidades de saúde de usuários, famílias e comunidade. Assim, a complexidade das necessidades de saúde e da organização dos serviços aponta para a tendência crescente de substituição da atuação isolada e independente dos profissionais pelo trabalho em equipe, colaboração interprofissional e a PIC^{1,6}.

A literatura aponta imprecisão da terminologia e ausência de consenso quanto às diferenças e similaridades entre trabalho em equipe e colaboração interprofissional. Autores sugerem que a colaboração interprofissional possa ser compreendida como um termo amplo que engloba demais termos: a PIC, referida à colaboração interprofissional efetivamente implementada nos cenários de práticas, e o trabalho em equipe, como nível mais profundo de trabalho integrado e interdependente⁵⁵. A colaboração interprofissional é interpretada como um movimento a partir do “uni/multiprofissional” para o “interprofissional”⁵⁵, e da cooperação (trabalho cooperativo estruturado em torno da divisão do trabalho e de objetivos comuns) para a colaboração, que envolve a determinação e busca para alcançar um mesmo objetivo⁵⁵, com benefício mútuo de usuários e profissionais.

A escassez de estudos empíricos nacionais sobre a colaboração interprofissional e PIC limita, ainda mais, a possibilidade de compreensão acerca da relação da temática com o trabalho em equipe e ACP. Até o momento, podemos observar que as características do trabalho em equipe efetivo (interação, articulação, interdependência, reflexividade e objetivos comuns)^{56,57}, se limitadas ao contexto das equipes, são insuficientes para lidar com a crescente complexidade do cuidado na perspectiva ampliada do cuidado à saúde. Isto porque esta perspectiva remete à rede de atenção e à prática comunicativa.

A prática comunicativa, caracterizada pela busca de consensos, é fundamental para que os profissionais possam arguir mutuamente no trabalho executado em equipe e construir um projeto comum pertinente às necessidades de saúde dos pacientes⁵⁷. Compreende-se que, no contexto da ACP e PIC, amplia-se a necessidade da prática comunicativa para além da própria equipe, contemplando a necessidade de colaboração, também, com outras equipes e serviços.

Portanto, a prática comunicativa na atenção à saúde inclui a perspectiva de participação dos usuários, família e comunidade na construção do referido projeto comum de resposta às necessidades de saúde, bem como a participação social.

Participação do paciente no cuidado e participação social

A participação do paciente no cuidado e participação social diz respeito ao reconhecimento da singularidade do paciente, que é compreendido como único e um ser de competência moral, consciente sobre si e participante do cuidado¹⁶. A participação social que expressa relação entre sociedade civil e Estado, exercida no SUS por meio dos Conselhos Gestores e Conferências de Saúde⁵⁸, estende o compartilhamento de tomada de decisão da esfera do projeto terapêutico para a gestão do sistema de saúde.

A ACP destaca a necessidade de se estimular a participação do usuário e seus familiares nas tomadas de decisão sobre o cuidado, bem como a participação social no plano coletivo de acompanhamento do planejamento, tomada de decisão e execução das políticas de saúde e ações de saúde.

Os achados da literatura acerca do envolvimento do paciente corroboram, no Brasil, as diretrizes e princípios da Política Nacional de Atenção Básica⁵⁹, que preconiza a participação dos usuários como forma de ampliar a capacidade das pessoas e coletividades no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde⁵⁹.

Entretanto, na contramão do respeito à participação do paciente, família e comunidade, estão as práticas clínicas marcadas pelo poder hegemônico da Biomedicina⁶⁰, as relações assimétricas entre diferentes categorias profissionais e entre profissional e paciente^{5,61}.

A ACP subentende o desejo dos pacientes de participarem da equipe de cuidados, como responsáveis por seu próprio cuidado. Entretanto, problematiza-se a necessidade de informação, reflexão e investimentos para que a delegação da tomada de decisões aos pacientes se torne uma realidade⁵².

Relação profissional e paciente e relações interprofissionais

Esse elemento da ACP abarca a interação com o usuário, família e comunidade e, também, a interação entre os profissionais. A relação entre os profissionais de saúde e os usuários é considerada importante para o sucesso ou insucesso das condutas terapêuticas. A construção de vínculos e a confiança são reconhecidos como condições fundamentais com potencial de impacto tanto na qualidade dos cuidados como nos custos da atenção à saúde.

Na análise da relação profissional-paciente, observa-se a relação de poder discutida por Foucault. O autor discorre acerca da relação entre conhecimento e poder, em que o médico usa seu saber para exercer controle do “corpo” de seus pacientes⁶¹. Como formas de dispersão do conhecimento e poder médico na sociedade contemporânea, Foucault analisa a necessidade de voltar o olhar dos cidadãos à autoridade sobre si mesmos e controle de suas condutas⁶². O empoderamento dos pacientes envolve torná-los conhecedores de seus corpos e condições patológicas, para que estejam aptos a tomarem decisões em saúde, o que pode ser compreendido como um ato de cidadania⁶³, em que os pacientes, munidos do direito de advogar em seu próprio favor, também se tornam responsáveis por manter sua saúde⁵².

Fox e Reeves⁵² discorrem acerca da extensão do poder médico a uma gama de profissionais e pacientes/ famílias/ comunidade. Os autores argumentam que a classe social, idade e escolaridade são alguns dos fatores que influenciam a busca de informação por parte dos pacientes, e suscitam o questionamento se a ACP favoreceria apenas grupos socioeconômicos mais privilegiados. Discute-se que pacientes de grupos socioeconômicos menos privilegiados, ao tentarem compreender mais sobre suas doenças, podem ser taxados negativamente ou reprimidos pelos profissionais de saúde. Nesse sentido, o grau de envolvimento e participação dos pacientes no cuidado está relacionado a quanto se sentem confortáveis para questionarem a autoridade profissional e a qualidade da relação, o que remete à esfera da interação e comunicação entre pacientes e profissionais. O plano das interações e comunicação também é decisivo nas relações interprofissionais de colaboração.

Problematiza-se que, embora a PIC e ACP contemplem o reconhecimento das distintas profissões, os profissionais médicos continuam sendo os “principais provedores de acesso dos pacientes a

demais profissionais e serviços de saúde"⁵² (p. 116). Na APS brasileira, cabem majoritariamente aos médicos: as prescrições medicamentosas, solicitação de exames, procedimentos e encaminhamento a demais profissionais. Tal assimetria no escopo profissional é refletida nas diferenças salariais entre os profissionais de saúde. Argumenta-se, portanto, que o movimento para a prática colaborativa e ACP deva ser acompanhado por compartilhamento genuíno do cuidado entre as profissões, com a correspondente corresponsabilização de todos os profissionais envolvidos e a ampliação do escopo de prática das profissões não médicas. Este processo de mudança já está em curso, dada a complexidade das necessidades de saúde e dos serviços, e também requer mudanças nas estruturas convencionais de poder, incluindo aspectos legais, políticos e econômicos⁵².

Relação entre ACP e PIC

Tanto a PIC quanto a ACP têm sido abordadas na literatura como temas distintos ou considerando a ACP como tema subjacente à PIC. Entretanto, observa-se inter-relação entre ambos, sobretudo na literatura canadense, com o conceito de prática interprofissional colaborativa centrada no paciente, que é definida como a contínua interação entre dois ou mais profissionais ou disciplinas, organizadas em um esforço comum para resolver ou explorar questões comuns, incluindo, ao máximo, a participação do paciente⁶⁴.

Identificam-se, na literatura canadense, as contribuições de D'Amour et al.⁵ e Orchard et al.¹ para o entendimento da colaboração nas práticas interprofissionais de saúde. D'Amour et al.⁵ analisam que a colaboração está baseada na premissa de que os profissionais querem trabalhar juntos para melhorar a atenção à saúde, ao mesmo tempo que têm seus próprios interesses e almejam reter algum grau de autonomia no trabalho. A autora refere que a colaboração interprofissional permite, por meio da negociação e participação, construir objetivos comuns da equipe centrados na atenção às necessidades de saúde dos usuários.

Orchard et al.¹ discute que, na atualidade, ainda predomina a prática multiprofissional na qual cada um procede à avaliação e planejamento do cuidado ao paciente de forma independente, e que a PIC representa um desafio e mudança que deve ser empreendida pelas diferentes profissões em parceria com usuários. Segundo a autora, a mudança está assentada em um conjunto de atributos da própria colaboração, como: participação, planejamento e tomada de decisão compartilhada, coordenação e compartilhamento de poder, e, sobretudo, parceria e participação do usuário.

Nesse sentido, a PIC que se constrói no exercício do diálogo entre os profissionais e destes com os usuários, famílias e comunidade, contempla a participação de todos os sujeitos envolvidos nos processos de decisão acerca do cuidado à saúde, e avança na construção de relações mais simétricas.

À medida que os profissionais centram atenção no usuário e suas necessidades de saúde em todo processo de trabalho, construindo a ACP na prática de cuidado, operam, simultaneamente, um deslocamento de foco para um horizonte mais amplo e além de sua própria atuação profissional, que se restringe ao âmbito da profissão e da especialidade. Este deslocamento dirige-se à prática compartilhada com profissionais de outras áreas.

A mudança de foco das profissões e serviços para o foco no paciente e suas necessidades de saúde, portanto para ACP, é apontada como componente de mudança do modelo de atenção, com potencial para melhorar a qualidade dos cuidados à saúde e imprimir maior racionalidade aos custos dos sistemas de saúde⁴⁹. A literatura mostra que a ACP pode gerar bons resultados clínicos, de custo e efetividade. Com pacientes em condições crônicas (diabetes^{65,66}, doenças cardíacas^{67,68} e demência⁶⁹), a ACP influenciou positivamente tanto os indicadores biológicos (hemoglobina glicada, triglicérides e HDL) quanto o tempo de permanência hospitalar ou institucionalização^{67,68,70}.

Qualidade e custos do sistema se encontram, em esfera global, pressionados pela crescente incorporação tecnológica e excessiva, e, muitas vezes, inoportuna utilização de especialidades profissionais; e há indicativos de que podem ser melhorados, em especial, no que se refere aos resultados da atenção à saúde, com a PIC. Estudos mostram impacto da colaboração interprofissional: nos cuidados à saúde, na redução de absenteísmo profissional, na maior satisfação com o ambiente de trabalho, a segurança do paciente, e a melhoria na qualidade do cuidado⁷¹⁻⁷⁴.

Considerações finais

Por um lado, a análise da produção nacional e internacional permitiu identificar três elementos-chave da ACP que transcendem as diferentes categorias profissionais no contexto das políticas públicas de saúde: perspectiva ampliada do cuidado à saúde, participação do paciente no cuidado e participação social, e relação interprofissional e profissional/paciente. Por outro, estes mesmos elementos-chave estão também presentes no processo que configura a organização dos serviços e da rede de atenção na modalidade de trabalho em equipe e prática interprofissional. O que mostra a relação recíproca, de dupla mão e influência, entre ACP e prática interprofissional.

Para concluir, cabe destacar que as mudanças na perspectiva da PIC se darão à medida que, efetivamente, as práticas de saúde estiverem focadas nos usuários, e, portanto, orientadas às suas necessidades de saúde de forma integral. O que significa que o exercício cotidiano de trabalho dos diferentes profissionais se configure de forma colaborativa e em parceria com usuários, famílias e comunidade.

Colaboradores

Heloise Fernandes Agreli participou da revisão bibliográfica, análise, discussões, redação e revisão do texto. Marina Peduzzi participou da análise, discussões, redação e revisão do texto. Mariana Charantola Silva participou da discussão e revisão do texto.

Referências

1. Orchard C, Bainbridge L, Bassendowski S. A national interprofessional competency framework [Internet]. 2010 [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies_Feb1210.pdf
2. National Patient Safety Agency. Patient safety first: the campaign review. London: National Patient Safety Agency; 2011.
3. Tomblin Murphy G, Alder R, MacKenzie A, Rigby J. Model of care initiative in Nova Scotia (MOCINS): final evaluation report [Internet]. Nova Scotia: Department of Health & Wellness; 2010 [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: <http://www.gov.ns.ca/health/MOCINS/docs/MOCINS-evaluation-report.pdf>. 2010
4. World Health Organisation. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. 2010 [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
5. D'Amour D, Goulet L, Labadie J-F, Martín-Rodríguez LS, Pineault R. A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. BMC Health Serv Res. 2008; 8(1):1-14.
6. Interprofessional Education Collaborative (IPEC) Expert Panel. Core competencies for interprofessional collaborative practice: report of an expert panel [Internet]. 2011 [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: <http://www.aacn.nche.edu/education-resources/IPECReport.pdf>

7. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *Qual Saf Health Care*. 2002; 11(2):186-8.
8. Meterko M, Wright S, Lin H, Lowy E, Cleary PD. Mortality among patients with acute myocardial infarction: the influences of patient-centered care and evidence-based medicine. *Health Serv Res*. 2010; 45(5 pt 1):1188-204.
9. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008; 20(12):600-7.
10. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. Brasília (DF): MS; 2004.
11. Franco T, Mehry E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado a mudança do modelo tenoassistencial. In: Merhy E, Magalhaes Junior H, Romoli J, Franco T, Bueno W, editores. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 55-125.
12. Cecilio C, Mehry EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R, editores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. 2a ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003. p. 1-19.
13. Ayres J, Carvalho YM, Nasser MA, Saltão RM, Mendes VM. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na Atenção Primária à Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(40):67-81.
14. Ayres J. Organização das ações de atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saude Soc*. 2009; 18(2):11-23.
15. Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature. *Pat Educ Couns*. 2002; 48(1):51-61.
16. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*. 2000; 51(7):1087-110.
17. Olsson L-E, Jakobsson Ung E, Swedberg K, Ekman I. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - a systematic review. *J Clin Nurs*. 2013; 22(3/4):456-65.
18. Hudon C, Fortin Martin H, Jeannie L, Lambert M, Poitras M-E. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine. *Ann Fam Med*. 2011; 9(2):155-64.
19. Ferreira M, Figueiredo NMA, Arruda A, Alvim NAT. Cuidados fundamentais de enfermagem na ótica do cliente: uma contribuição para a enfermagem fundamental. *Esc Anna Nery*. 2002; 3(6):387-96.
20. Camargo T, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 5(11):614-21.
21. Machado N, Praça N. Centro de parto normal e a assistência obstétrica centrada nas necessidades da parturiente. *Rev Esc Enferm*. 2006; 40(2):274-9.
22. Barbosa G, Valadares GV. Experimentando atitudes e sentimentos: o cotidiano hemodialítico como base para o cuidar em enfermagem. *Esc Anna Nery*. 2009; 13(1):17-23.
23. Schmalfluss JM, Oliveira LL, Bonilha ALL, Pedro ENR. O cuidado à mulher com comportamento não esperado pelos profissionais no processo de parturição. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(3):618-23.
24. Dutra V, Rocha, RM. O processo de desinstitucionalização psiquiátrica: subsídios para o cuidado integral. *ver Enf UERJ*. 2011; 2(20):386-91.

25. Helmo F, Simões ALA. Liga de humanização SARAOKURA: contribuição para a formação dos profissionais da saúde. *Cienc Cuid Saude*. 2010; 9(1):149-54.
26. Pennafort V, Freitas C, Bessa M. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. *REME - Rev Min Enferm*. 2012; 2(16):289-95.
27. Campos G, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teóricos-operacionais para a reforma do hospital. *Cienc Saude Colet*. 2007; 12(4):849-59.
28. Gomes A, Moura ERF, Nations MK, Alves MSCF. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. *Rev Esc Enferm*. 2008; 42(4):635-42.
29. Rabelo E, Aliti G, Domingues F, Rusche K, Brun A. What to teach to patients with heart failure and why: the role of nurses in heart failure clinics. *Rev Latino-am Enferm*. 2007; 15(1):165-70.
30. Moreschi C, Siqueira D, Piexak D, Freitas P, Rangel R, Morisso T, et al. Interação profissional-usuário: apreensão do ser humano como um ser singular e multidimensional. *Rev Enferm UFSM*. 2011; 1(1): 22-30.
31. Rolim M, Castro M. Compliance to the hypertension control program and the standardized nursing results: an exploratory study. *Online Braz J Nurs [Internet]*. 2007 [acesso 2014 Abr 4]; 6(1). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/713>
32. Ruthes R, Feldman L, Cunha I. Foco no cliente: ferramenta essencial na gestão por competência em enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 2010; 63(2):317-21.
33. Kusma S, Moyses S, Moyses S. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. *Cad Saude Publica*. 2012; 28 Sup:9-19.
34. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília (DF): MS; 2013.
35. Mendes E. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília (DF): OPAS; 2012.
36. Ribeiro MMF, Amaral CFS. Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico. *Rev Bras Educ Med*. 2008; 32(1):90-7.
37. Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília (DF): MS; 2008.
38. Bedrikow R, Campos, G. Clínica médica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. *Rev Assoc Med Bras*. 2011; 6(57):610-3.
39. Campos G. Saúde paidéia. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
40. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araujo DP, Guimaraes J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(2):555-60.
41. Mattos R. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5):1411-6.
42. Stewart M, Weston W, Brown J, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. California: Sage; 1995.
43. Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs*. 2013; 69(1):4-15.

44. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care: ready for prime time. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2011; 10(4):248-51.
45. Parsons T. *Social system*. Londres: Routledge; 2013.
46. Institute for Patient - and Family- Centered Care. *Advancing the practice of patient and family centered care: how to get started*. Bethesda: Institute for Patient and Family Centered Care; 2008. p. 1-28.
47. Pelzang R. Time to learn: understanding patient-centred care. *Br J Nurs*. 2010; 19(14):912-7.
48. Miller WL, Cohen-Katz J. Creating collaborative learning environments for transforming primary care practices now. *Fam Syst Health*. 2010; 28(4):334-47.
49. Royal College of General Practitioners. *An inquiry into patient centred care in the 21st Century*. London; 2014.
50. The National Patient Safety Foundation. *National agenda for action: patients and families in patient safety – nothing about me, without me*. Chicago; 2000.
51. Picker Institute. *Principles of Patient Centered Care* [Internet]. 1993 [acesso 2014 Abr 4]. Disponível em: <http://pickerinstitute.org/about/picker-principles/>
52. Fox A, Reeves S. Interprofessional collaborative patient-centred care: a critical exploration of two related discourses. *J Interprof Care*. 2015; 29(2):113-8.
53. Erdmann A, Sousa F, Backes D, Mello A. Construindo um modelo de sistema de cuidados. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(2):180-5.
54. Schraiber LB, Mota A. O social na saúde: trajetória e contribuições de Maria Cecília Ferro Donnangelo. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(5):1467-73.
55. Thistlethwaite J, Jackson A, Moran M. Interprofessional collaborative practice: a deconstruction. *J Interprof Care*. 2013; 27(1):50-6.
56. West MA, Lyubovnikova J. Illusions of team working in health care. *J Health Org Manag*. 2013; 27(1):134-42.
57. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
58. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 19 Set 1990.
59. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília (DF): MS; 2012.
60. Bosi M, Afonso KC. Direito a saúde e participação popular: confrontando as perspectivas de profissionais e usuários da rede pública de serviços de saúde. In: Bosi M, Mercado-Martines F, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004. p. 451-79.
61. Foucault M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1987.
62. Foucault M. *História da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal; 2002.
63. Fox A. Intensive diabetes management: negotiating evidence-based practice. *Can J Diet Pract Res*. 2010; 71(2):62-8.
64. Herbert CP. Changing the culture: interprofessional education for collaborative patient-centred practice in Canada. *J Interprof Care*. 2005; 19 Supl 1:1-4.
65. Hörnsten Å, Lundman B, Stenlund H, Sandström H. Metabolic improvement after intervention focusing on personal understanding in type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract*. 2005; 68(1):65-74.

66. Williams GC, Lynch M, Glasgow RE. Computer-assisted intervention improves patient-centered diabetes care by increasing autonomy support. *Health Psychol.* 2007; 26(6):728-34.
67. Pitkala KH, Strandberg TE, Tilvis RS. Interest in healthy lifestyle and adherence to medications: Impact on mortality among elderly cardiovascular patients in the Debate study. *Pat Educ Couns.* 2007; 67(1-2):44-9.
68. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, Taft C, Dudas K, Schaufelberger M, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Europ Heart J.* 2012; 33(9):1112-9.
69. Eloniemi-Sulkava U, Saarenheimo M, Laakkonen M-L, Pietilä M, Savikko N, Kautiainen H, et al. Family care as collaboration: effectiveness of a multicomponent support program for elderly couples with dementia - randomized controlled intervention study. *J Am Geriatr Soc.* 2009; 57(12):2200-8.
70. Olsson L-E, Karlsson J, Ekman I. Effects of nursing interventions within an integrated care pathway for patients with hip fracture. *J Adv Nurs.* 2007; 58(2): 116-25.
71. Zwarenstein M, Goldman J, Reeves S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochr Database Syst Rev.* 2009; 3(3):1-31.
72. Deen TL, Fortney JC, Pyne JM. Relationship between satisfaction, patient-centered care, adherence and outcomes among patients in a collaborative care trial for depression. *Adm Pol Mental Health Mental Health Serv Res.* 2011; 38(5):345-55.
73. Carter BL, Bosworth HB, Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse, and teamwork in hypertension therapy. *J Clin Hypertens (Greenwich).* 2012; 14(1):51-65.
74. Morgan S, Pullon S, McKinlay E. Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: an integrative literature review. *Int J Nurs Stud.* 2015; 52(7):1217-30.

Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Atención centrada en el paciente y práctica interprofesional colaborativa. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(59):905-16.

El objetivo de este estudio es describir los elementos clave de la atención centrada en el paciente y su relación con la práctica interprofesional colaborativa en la Atención Primaria de la Salud. El mismo se apoya en la revisión de literatura nacional e internacional. Los resultados muestran que cuando los profesionales desplazan su actuación hacia la atención centrada en el paciente y hacia las necesidades del paciente, amplían sus horizontes de actuación más allá de los límites de su propia profesión. Este desplazamiento es un componente positivo para el cambio del actual modelo de Atención a la Salud desde la perspectiva de la integralidad y con potencial impacto en la calidad de los servicios.

Palabras clave: Atención centrada en el paciente. Atención Primaria de la Salud. Relaciones interprofesionales.

Submetido em 21/07/15. Aprovado em 23/01/16.

Cuidado em saúde mental, risco e território: transversalidades no contexto da sociedade de segurança

Valquiria Farias Bezerra Barbosa^(a)
Sandra Noemi Cucurullo de Caponi^(b)
Marta Inez Machado Verdi^(c)

Barbosa VFB, Caponi SNC, Verdi MIM. Mental health care, risk and territory: crosscutting issues in the context of safety society. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(59):917-28.

The aim of this study is to discuss the crosscutting discursive issues among the notions of mental health care, risk and territory in the National Conferences of Mental Health (NCMH) reports, placing them in the context of safety society. It is a descriptive, exploratory study of qualitative, documentary and retrospective analysis, under the framework of the archaeology of knowledge, by Michel Foucault. From the 2nd to 4th NCMH, it is observed that the glossary on the risk as probability, care and territory, presented progressive relevance, emphasizing the centrality of these concepts for the consolidation of a new mental health care model in Brazil. As the asylum model went into decline, in the process of building up a mental health care network territorialized and community-based, the discourses about the risks emerged, being core elements of the safety device.

Keywords: Care. Mental health. Territory. Safety Society.

O objetivo deste estudo é discutir as transversalidades discursivas entre as noções de cuidado em saúde mental, risco e território nos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), situando-os no contexto da sociedade de segurança. Trata-se de estudo descritivo, exploratório, de análise qualitativa, documental e retrospectiva, na perspectiva da arqueologia do saber, de Michel Foucault. Desde a II até a IV CNSM, observa-se que o glossário relativo ao risco como probabilidade, ao cuidado e ao território apresentou-se com relevância progressiva, evidenciando a centralidade desses conceitos para a consolidação do novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil. À medida que o modelo asilar entrou em declínio, no processo de constituição de uma rede de cuidados em saúde mental territorializada e comunitária, emergiram as discursividades sobre os riscos, que constituem elementos centrais do dispositivo de segurança.

Palavras-chave: Cuidado. Saúde mental. Território. Sociedade de segurança.

^(a) Curso de Bacharelado em Enfermagem, campus Pesqueira, Instituto Federal de Educação Ciência e Tecnologia de Pernambuco. BR 232, Km 214, Bairro Portal. Pesqueira, PE, Brasil. 55000-000. valquiria@pesqueira.ifpe.edu.br

^(b) Programa de Pós-Graduação em Sociologia e Ciência Política, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. sandracaponi@gmail.com

^(c) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. marverdi@hotmail.com

Introdução

O movimento de reforma psiquiátrica brasileiro trouxe-nos o desafio de rever os paradigmas que, até então, deram base às práticas assistenciais no campo da Psiquiatria. Introduziu o modo de atenção psicossocial, que pressupõe: uma nova forma de conceituar seu objeto de intervenção, novas configurações da organização institucional, da composição das equipes multiprofissionais e da relação com os usuários dos serviços de saúde mental¹.

A necessidade de propor formas diferenciadas de enfrentamento das questões relativas ao sofrimento psíquico resultou na construção de novos saberes, conhecimentos e possibilidades de ação técnica e política, vinculadas à construção de valores e sentidos sobre o existir e o sofrer. Nesse sentido, cada campo científico das ciências da saúde e sociais precisou investir esforços de modo a incorporar as concepções introduzidas pela política de saúde mental².

A constituição de uma rede de serviços de atenção à saúde mental e a busca das rupturas teórico-conceitual e técnico-assistencial, no tocante aos pressupostos do modelo asilar, possibilitaram a construção de novos instrumentos teóricos e técnicos promotores de mudanças no campo da saúde mental³.

Yasui³ destaca cinco conceitos ferramentas que permitiram ressituar o campo da saúde mental, em suas dimensões epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política e sociocultural, a saber: território, responsabilização, acolhimento, rede, cuidado e diversidade de estratégias.

Uma visão ampliada sobre a dimensão técnico-assistencial do processo de reforma psiquiátrica revela-nos que a transformação da oferta de serviços de atenção em saúde mental implicou o estabelecimento de estratégias de cuidados que envolvessem o reconhecimento do território e de seus recursos, assim como a assunção da responsabilidade sobre a demanda desse território. Essa transformação implicou estabelecer formas de acolhimento ao sofrer mediante a criação de projetos e estratégias de cuidado diversificadas, articuladas em rede a esse território^{3,4}.

Esse princípio estruturante da rede de atenção psicossocial encontra-se descrito na portaria do Ministério da Saúde (MS) nº 336/2002⁵, quando define que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), em todas as suas modalidades, devem “responsabilizar-se, sob a coordenação do gestor local, pela organização da demanda e da rede de cuidados em saúde mental no âmbito do seu território” (p. 1).

A questão da escolha do território como lócus do cuidado em saúde mental, destacada, sobretudo, no relatório da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), precisa ser analisada, considerando que o atributo eminentemente relacional do cuidado pressupõe que exista um lugar para ser concretizado³.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é discutir as transversalidades discursivas entre as noções de cuidado em saúde mental, risco e território no texto das CNSM, e suas repercussões para a atual política de saúde mental brasileira, situando-os no contexto da sociedade de segurança.

Iniciaremos delimitando o percurso metodológico da pesquisa. Prosseguiremos apresentando um referencial teórico que nos permita ancorar nossas análises sobre o cuidado em saúde mental, risco e território nos estudos de Michel Foucault sobre a sociedade disciplinar e a sociedade de segurança. Apresentaremos, então, nossas análises sobre as CNSM e os documentos históricos correlatos.

Percurso metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de análise qualitativa, desenvolvido mediante análise documental retrospectiva dos relatórios das CNSM, na perspectiva da arqueologia do saber, de Michel Foucault⁶. O campo documental abrangeu os relatórios finais das I, II, III e IV CNSM, uma vez que essas conferências foram, ao longo do processo de reforma psiquiátrica brasileiro, os fóruns privilegiados de sistematização dos avanços técnicos e políticos alcançados no campo da saúde mental no Brasil, agregando uma diversidade de atores comprometidos com a luta antimanicomial. Foram também incluídos: o caderno informativo da III CNSM (2001) e o relatório sobre a saúde no mundo, da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001), destinada à saúde mental, denominada “Saúde Mental: Nova concepção, Nova esperança”^{7,8}.

Os documentos foram examinados segundo a análise textual discursiva proposta por Moraes et al.⁹. A primeira etapa compreende o processo de desmontagem dos textos ou processo de unitarização. Exige o exame dos textos em seus detalhes, fragmentando-os no sentido de identificar suas unidades constituintes e os respectivos enunciados referentes aos fenômenos estudados. A segunda etapa compreende o processo de categorização, que envolve construir relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, reunindo os elementos unitários em conjuntos, resultando em sistemas de categorias. Os dois processos descritos anteriormente possibilitaram a emergência de uma nova compreensão sobre o todo, como também sua crítica e validação, resultando na construção de um metatexto que explicita, argumentativamente, a nova compreensão alcançada⁹.

A análise dos documentos foi operacionalizada mediante a utilização do software ATLAS.ti, composto por um conjunto de ferramentas de análises qualitativas apropriadas para grandes conjuntos de dados textuais sob a licença nº 72BB1-ECAA3-57A7F-ROEN1-0039Y.

No processo de codificação do corpus textual, foi possível elaborar 21 códigos que expressam diferentes discursividades sobre o cuidado. Como exemplo, podemos mencionar: 'atos de cuidar', 'cuidado no território', 'cuidado integral', 'cuidados em saúde mental', 'cuidados primários de saúde mental', 'direito ao cuidado', 'dispositivos de cuidado', 'modelo de cuidado', 'novas formas de cuidado', 'redes de cuidados', 'tratar x cuidar', 'família x cuidados'. A frequência significativa com que as discursividades sobre o cuidado em saúde mental emergiram na análise textual discursiva permitiu-nos considerá-lo uma categoria analítica.

Outros códigos que compuseram a rede de sentidos, estabelecendo relevantes relações discursivas com o cuidado em saúde mental, foram: 'construção social do processo saúde-doença mental', 'desmedicalização', 'medicalização', 'psiquiatria preventiva', 'reformulação do modelo assistencial em saúde mental', 'risco como perigo', 'risco epidemiológico (sinônimo de risco como probabilidade)', 'relações de poder'.

Procedemos à construção do metatexto, buscando, por meio da seleção de citações textuais relevantes, realçar as relações discursivas identificadas, enriquecendo e ampliando o alcance das análises.

O *lócus* do cuidado: transição do cuidado institucional para o cuidado territorial

O lugar das práticas psiquiátricas sempre se revestiu de especial importância, aspecto que merece uma análise mais específica³.

Desde o século XIV, há registros do acolhimento dos loucos nos hospitais medievais¹⁰. No século XV, por sua vez, desenvolveu-se a prática do enclausuramento dos insensatos em embarcações, notabilizando-se a nave dos loucos^{10,11}. A partir do século XVII, surgiram casas de internamento responsáveis pelo confinamento dos desviantes, entre os quais, os alienados¹⁰. No século XVIII, o manicômio passou a ser o *lócus* para o isolamento terapêutico dos loucos, sendo substituído, a partir do século XIX, pelos hospitais psiquiátricos¹².

As práticas de confinamento dos loucos, próprias de cada um dos períodos acima descritos, são representativas da racionalidade que se desenvolveu, marcadamente, a partir do século XVII, denominada sociedade disciplinar. As instituições disciplinares, como é o caso do manicômio e dos hospitais, tinham como função a neutralização dos perigos mediante a fixação das populações inúteis ou agitadas e, ao mesmo tempo, o papel de aumentar sua utilidade, de fabricar indivíduos dóceis e úteis¹³.

A multiplicação desses estabelecimentos possibilitou a ramificação dos mecanismos disciplinares de forma que às suas funções internas específicas foi acrescido um papel de vigilância externa, criando uma margem de controles laterais. No caso dos hospitais, por exemplo, tornaram-se cada vez mais ponto de apoio para a vigilância médica da população externa, difundindo-se procedimentos disciplinares a partir de focos de controle disseminados na sociedade¹³.

A 'disciplina' não pode se identificar com uma instituição nem com um aparelho; ela é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos. Ela é uma física ou uma anatomia do poder, uma tecnologia¹³.

Nesse sentido, o panoptismo de Bentham, representado por seu sistema arquitetural e ótico, configurou-se como uma tecnologia política que permitiu destrancar as disciplinas e fazê-las funcionar de maneira difusa, múltipla, polivalente no corpo social inteiro, invadindo a vida cotidiana¹³.

A partir do século XVIII, as sociedades ocidentais modernas passaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie, fundando-se uma nova forma de governamentalidade, vinculada aos conceitos de biopoder e biopolítica¹⁴.

Enquanto as tecnologias disciplinares estiveram essencialmente centradas nos corpos individuais, a partir da metade do século XVII, a biopolítica passou a se dirigir ao corpo espécie, ao conjunto da população afetada pelos fenômenos da vida. As técnicas disciplinares não se extinguíram, ao contrário, passaram a compor as novas tecnologias da vida. Uma vez que a biopolítica tinha como foco os fenômenos relacionados à natalidade e à morbidade, às endemias e às epidemias, tornou-se possível a formatação de uma medicina que teria por função a higiene e a saúde públicas¹⁵.

A Psiquiatria de Setor francesa é um exemplo categórico desse novo sistema de 'governo dos homens'¹⁴. Desde o fim da década de 1950, propôs a divisão do país em unidades territoriais compostas por setenta mil habitantes, aproximadamente, assumindo sua função como estratégia biopolítica. Cada setor deveria ser atendido por uma equipe psiquiátrica vinculada a um centro de saúde mental, que constituiria um serviço intermediário em relação à internação hospitalar. Sobre essa política de setor, Castel¹⁶ propõe a questão: "preconizar uma 'psiquiatria de extensão' não é fazer do próprio social um grande corpo doente do qual todas as disfunções dependeriam de soluções médicas?" (p. 41).

Outro exemplo pode ser encontrado entre as décadas de 1920 e 1930, no Brasil, momento em que os ideais eugênicos da Liga Brasileira de Higiene Mental permitiram que as fronteiras da Psiquiatria se ampliassem, abrangendo o terreno social¹⁷. Da mesma forma, na década de 1960, nos Estados Unidos da América, a Psiquiatria Preventiva americana introduz a noção de risco e propõe estratégias para prevenção e detecção precoce dos transtornos mentais que abrangem toda a sociedade^{3,18}.

Como podemos perceber, houve um deslocamento do lugar do cuidado na Psiquiatria: deixou-se o lugar do isolamento, da exclusão e da disciplinarização, representado pelas instituições totais asilares e pelo hospital moderno, para assumir-se um novo lugar para o cuidado, representado pelo tecido social^{3,17}.

Não se trata, no entanto, de uma simples mudança de lugar. Castel¹⁶ lança-nos a compreensão de como o saber médico-psicológico tornou-se instrumento de uma gestão diferencial das populações, com o apoio da sofisticação das tecnologias de informática e mediante a prevenção sistemática dos riscos.

Atribuem-se os perfis de risco "à presença de um ou de uma associação de critérios"¹⁶ (p. 114), seja de ordem médica, seja social. Os cálculos de risco epidemiológico pressupõem a identificação de grupos populacionais expostos a determinados riscos supostamente suscetíveis à prevenção, reduzindo-se as variações individuais a médias. Nesse sentido, risco significa a probabilidade de perigo, geralmente, com ameaça física para o ser humano e/ou para o meio ambiente¹⁹.

Essa racionalidade vinculada ao controle sistemático dos riscos é própria do que Foucault¹⁴ convencionou chamar de dispositivo de segurança, ao definir algumas proposições fundamentais à compreensão dos seus estudos sobre o poder.

Para o autor, desde a antiguidade clássica, desenvolveram-se três modalidades de 'governo dos homens': primeiro, o mecanismo legal, que consistiu na criação de leis que estabeleceram uma divisão binária entre o que é permitido e o que é proibido, e cujo descumprimento implica uma punição; segundo, o mecanismo disciplinar, que se somou ao mecanismo legal, de forma que, "além do ato legislativo, que cria a lei, e do ato judicial, que pune o culpado, aparecerá toda uma série de técnicas adjacentes, policiais, médicas, psicológicas, [...] do domínio, da vigilância, do diagnóstico"¹⁴ (p. 8), da sujeição dos indivíduos; terceiro, o dispositivo de segurança, que considera os fenômenos numa série de acontecimentos prováveis, de forma que esses fenômenos interessarão ao poder na medida em que impliquem um cálculo de custos, fixando-se uma média considerada ótima, que passará a ser a referência do normal/anormal, aceitável/inaceitável^{14,20}.

A sociedade de segurança fundamenta-se na sobreposição de estratégias disciplinares e biopolíticas, de forma que os três mecanismos acima descritos não ocorrem isoladamente, tampouco sucessivamente¹⁴.

Não há uma série na qual os mecanismos jurídico-legal, disciplinar e de segurança vão se suceder de forma que um apareça e faça seus predecessores desaparecerem. “Não há a era do legal, a era do disciplinar, a era da segurança”¹⁴ (p. 11). Há, ao contrário, um sistema de correlação entre os três mecanismos, de forma que o *corpus* disciplinar é amplamente ativado e fecundado pelo estabelecimento de mecanismos de segurança, e que, por sua vez, haja uma verdadeira inflação do código jurídico-legal para fazer o sistema de segurança funcionar¹⁴.

A título de exemplo, se, no mecanismo disciplinar, procura-se corrigir um doente mental por meio de reclusão e disciplinamento no aparato manicomial, em função de seu risco de recidiva e reincidência, representado na noção de periculosidade, pode-se dizer que os mecanismos de segurança são igualmente antiquíssimos, tais quais os mecanismos jurídico-legais e disciplinares. Nesse exemplo, a noção de risco já se encontrava implícita. O que muda para Foucault é a ‘dominante’, ou seja, “o sistema de correlação entre os mecanismos jurídico-legais, disciplinares e de segurança”¹⁴ (p. 11). Em resumo, se, numa sociedade, instala-se uma tecnologia de segurança, ela fará funcionar, mediante uma tática própria, elementos jurídicos, disciplinares e de segurança¹⁴.

A partir dos fundamentos sócio-históricos e políticos acima apresentados, podemos, então, retornar à indagação de Yasui³ sobre quanto “devemos estar atentos para as relações entre a produção de cuidados e o território” (p. 125), a fim de que não cometamos a imprecisão de reproduzir, nessa relação, outras lógicas de sujeição e dominação.

Nesse sentido, interessa-nos compreender quais transversalidades configuram-se entre a noção de cuidado em saúde mental e os conceitos de risco e território, no contexto da sociedade de segurança, de forma a instrumentalizar os mecanismos de “gestão diferencial das populações”¹⁶ (p. 101), da mesma maneira como ocorreu com os saberes médico-psicológicos no processo de avanço do liberalismo¹⁶.

Relações entre o cuidado em saúde mental, risco e território no contexto da sociedade de segurança

A compreensão de território como “delimitação geográfica sobre a qual um determinado serviço se torna responsável pelo atendimento das pessoas adscritas àquele local”³ (p. 127) evoca uma concepção administrativa e burocrática, imprecisa, reducionista e equivocada, que precisa ser superada.

É possível lançar mão de referências teóricas que ampliem essa perspectiva sobre o território, como o faz Yasui³ quando define essa categoria conceitual central no processo de reforma psiquiátrica brasileiro como

[...] relação entre o natural e o social, como produção de subjetividades aprisionadas, mas também como potencialidade de ruptura, de criação de novos territórios existenciais, de espaços de afirmação de singularidades autônomas. O que significa encontrar e ativar os recursos de singularização locais existentes. Por exemplo, estabelecer alianças com grupos e movimentos de arte ou com cooperativas de trabalho para potencializar as ações de afirmação das singularidades e de inclusão social [...] criar outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade com a loucura.³ (p. 128-9)

Essa compreensão ampliada sobre o território é essencial para que se produzam atos de cuidado para além dos serviços de saúde, constituindo outra lógica assistencial em saúde mental, que produzirá novos lugares sociais para a loucura³. Antes e acima de tudo, compreendemos que, para desenvolver ações integrais de cuidado em saúde mental no território, é necessário investir em ‘novas formas de cuidado’, conforme lemos nos relatórios das CNSM.

Marcadamente, a partir da III CNSM, observa-se uma intensificação dos debates sobre a implementação de redes substitutivas de saúde mental na lógica do território, integrando-se aos demais serviços de saúde, fortalecendo e ampliando as ações da Estratégia Saúde da Família, equipes de saúde mental na atenção básica e Núcleos de Apoio à Saúde da Família⁴.

A análise do texto da I CNSM, realizada em 1987, evidenciou a inexistência de qualquer abordagem direta sobre o cuidado em saúde mental ou sobre território, de forma que o debate em torno da reformulação do modelo assistencial foi construído sem que esses conceitos estivessem presentes em quaisquer teorizações.

De fato, ao longo de mais de dois séculos, a racionalidade que sustentou e legitimou as práticas terapêuticas da Psiquiatria nos hospitais especializados de características asilares foi marcada por atos produtores de relações de dominação e violência³. Desse modo, os conceitos de cuidado e território não compunham o arcabouço linguístico do momento inicial do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, denominado, por Amarante¹⁸, como trajetória alternativa.

Em contrário, a temática do risco epidemiológico esteve sempre engendrada nos debates em torno das políticas de saúde mental no Brasil, desde a I CNSM. Essa tradição do risco como probabilidade vincula-se à perspectiva histórica dos discursos sobre o risco relacionados à governamentalidade em Michel Foucault^{21,22}.

Como anexo ao relatório da I CNSM, encontra-se a proposta de 'Política de Saúde Mental da Nova República', publicada pelo MS, por meio da Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (DINSAM), em julho de 1985, ano que antecedeu a realização da I CNSM. Nesse documento, podemos encontrar argumentos em favor da inserção dos pressupostos da Psiquiatria Preventiva no novo modelo de atenção em saúde mental que viria, a partir de então, a ser construído no Brasil²³.

Essa proposta inicia apresentando o panorama geral da deterioração da situação de vida e de saúde da população brasileira em face do êxodo rural, da concentração de renda, dos altos índices de desemprego; e, em contrapartida, do impacto significativo do número de internamentos psiquiátricos sobre os custos com internações hospitalares no Brasil²³.

Na continuidade da proposta, passa-se a apresentar a complexa situação da saúde mental enquanto questão de saúde pública, baseando-se em dados de estudos epidemiológicos sobre as doenças mentais em grupos populacionais brasileiros, sobretudo, nas populações pobres e marginalizadas, que mostravam "taxas de prevalência em torno de 20 por cento"²³ (p. 36).

Essa proposta incluiu, também, uma discussão sobre a necessidade de delimitação do campo de ação da saúde mental, indicando duas dimensões dessa ação: uma dirigida à 'totalidade da população', competindo, aos agentes desse campo, a comunicação de conhecimentos sobre os fatores ambientais, sociais, familiares, individuais e genéticos que poderiam atuar no sentido do favorecimento à saúde mental, ou, inversamente, ao adoecimento mental. Quanto a essa primeira dimensão, afirma-se que o campo de ação "estende-se a 100 por cento da população", e que a ação em saúde mental deveria ser essencialmente pedagógica em seus objetivos. A outra dimensão proposta refere-se ao campo restrito "à faixa da população doente ou com alto risco de adoecimento"²³ (p. 38). Uma vez mais, caracteriza-se a adoção de elementos discursivos correlatos à Psiquiatria Preventiva e ao conceito de risco epidemiológico.

Embora o conceito de risco epidemiológico já estivesse consolidado no campo da saúde coletiva, sofreu recontextualizações, de modo que pudesse operar, no campo da saúde mental, vinculado ao conceito de cuidado.

A partir da análise do relatório da II CNSM, evidenciam-se possibilidades de formalização dos conceitos de 'cuidado' e 'território' no âmbito das novas formações discursivas do campo da saúde mental, a partir da década de 1990, no Brasil.

Ao contrário da I CNSM, em que não circulava a noção de cuidado, percebe-se, no relatório da II CNSM, um movimento de tentar diferenciá-la da noção de tratamento, assim como tentativas de defini-la, delimitá-la, situando-a no alicerce da nova política de saúde mental, bem como das novas estratégias e dos recursos assistenciais que passarão a compor a rede de atenção psicossocial brasileira.

Segundo as evidências documentais discutidas anteriormente, observa-se a emergência de análises sobre a territorialidade das novas formas de cuidado no âmbito do novo modelo de atenção à saúde mental: teríamos, portanto, uma rede de serviços preferencialmente externos, comunitários, discriminados no território, e uma retaguarda hospitalar pequena, restrita a situações onde a permanência na vida em sociedade possa ser considerada contraproducente, quer em momentos de crise (por curta duração), quer em situações de profunda dependência física e/ou mental²⁴.

No relatório da III CNSM, a noção de cuidado encontra-se imbuída de sentidos diversificados, entre os quais, merece destaque o cuidado como integrante de uma rede de atenção psicossocial territorializada e descentralizada, a fim de que haja a continuidade entre o cuidado institucional público e o cuidado familiar privado. Admitia-se que pensar a organização da rede de atenção psicossocial seria uma das mais importantes tarefas desta conferência, a fim de garantir a implantação de serviços comunitários de saúde mental, integrados aos programas de atenção básica e à rede geral de serviços, utilizando-se das estratégias mais adequadas a cada região/território, no intuito de superar o modelo tradicional⁷.

Nessa mesma direção, o relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) recomendou que a atenção psicossocial fosse a ordenadora da rede intersetorial, com o estabelecimento de planejamento e gestão centrados em módulos territoriais intersetoriais compostos por um conjunto de serviços e/ou dispositivos com perfis diferenciados e complementares, considerando-se as realidades socioculturais, econômica e política locais⁴.

A IV CNSM-I avança no sentido de apresentar-nos uma perspectiva de território como “processo, como relação, rompendo com a noção de esquadramento da sociedade”³ (p. 130), distanciando-se da delimitação de áreas de abrangência pautadas unicamente no mapa da cidade, de forma que, para cada CAPS, haverá tantos territórios conforme as singularidades de seus usuários e dos grupos sociais aos quais pertencem³.

Diante disso, é fundamental perceber, no âmbito de nossa pesquisa, que, no Brasil, à medida que as práticas disciplinares asilares entraram em declínio, no processo de constituição de uma rede de cuidados em saúde mental territorializada e comunitária, emergiram as discursividades sobre os riscos, que constituem elementos centrais do dispositivo de segurança.

O glossário relativo ao risco como probabilidade, assim como ao cuidado, apresenta-se com relevância progressiva nos relatórios das II, III e IV CNSM, respectivamente. De fato, ambos os conceitos são centrais e recorrentes nos debates em torno da consolidação de um novo modelo de atenção à saúde mental, evidenciando o processo de autonomização desse campo no Brasil.

Nessa nova racionalidade interessará saber, por exemplo: quantas pessoas numa dada população sofrem de transtornos mentais? Qual risco se corre em manter essas pessoas no seu território se abandonarem o tratamento medicamentoso, podendo tornar-se violentas e perigosas? Que indicadores epidemiológicos serão adotados para o planejamento dos investimentos em intervenções no campo da saúde mental?

Uma das características essenciais do dispositivo de segurança, para Foucault¹⁴, é que a gestão das populações se faz pela estimativa de probabilidades. Justifica-se, portanto, a presença abrangente das discursividades em torno do conceito de risco epidemiológico nos relatórios das CNSM e sua complementaridade com relação aos conceitos de cuidado e território, pelo fato de que o novo modelo de cuidados opera como um elemento do dispositivo de segurança.

Que outras evidências obtidas mediante a análise do *corpus* documental desta pesquisa levam-nos a estabelecer essa teorização?

A partir da III CNSM, passou-se a atribuir uma ênfase na constituição de ‘redes substitutivas de cuidados’ ou, ainda, ‘redes de cuidados em saúde mental’. A IV CNSM-I apresenta-nos, ainda, a proposição de ‘redes locais de cuidados em saúde mental’. A questão das redes está intimamente relacionada à questão do território no dispositivo de segurança.

Estudos de historiadores sobre cidades dos séculos XVII e XVIII indicam diferentes tratamentos do espaço relacionados aos mecanismos legal, disciplinar e ao dispositivo de segurança. No entanto, apesar dessas diferenças que descreveremos a seguir, permanece em comum a questão das multiplicidades e da circulação¹⁴.

Para o autor, o problema central para a soberania é a disposição hierárquica da sede do governo no território; para a disciplina, o espaço da cidade deve ser arquitetado de forma a manter uma distribuição hierárquica e funcional dos elementos; a segurança, por sua vez, procurará criar um ambiente que maximize os elementos positivos, de forma que se possa circular da melhor maneira possível e que, ao mesmo tempo, minimizem-se os riscos, como os roubos, as doenças, sabendo-se que não poderão ser simplesmente suprimidos. Trata-se, então, de inscrever no espaço uma série de acontecimentos possíveis e aleatórios¹⁴.

O modelo de território da sociedade de segurança foi apropriado pelo Estado moderno neoliberal, para o qual a noção de rede é central. Conforme discute Pelbart²⁵ (p. 21), o capitalismo neoliberal “depende da circulação de [...] fluxos de capital, de informação, de imagens, de bens, [...] e, sobretudo, de pessoas”, apesar de que nem todos extrairão dessa circulação os mesmos benefícios.

O capitalismo em rede é afeito às conexões, à fluidez, à capacidade de mover-se no território e alimentar os fluxos produtivos do mercado de consumo. Produz, portanto, novas formas de exploração e de exclusão. Ser excluído, nesse novo contexto, é não ter o direito de estar em rede, não apenas em redes informatizadas, mas em ‘redes de vida’ num sentido mais amplo²⁵.

Se, antes, a pertinência às redes de sentido e de existência, aos modos de vida e aos territórios subjetivos dependia de critérios intrínsecos – tais como tradições, direitos de passagem, relações de comunidade e trabalho, religião, sexo –, cada vez mais esse acesso é mediado por pedágios comerciais, impagáveis para uma grande maioria.²⁵ (p. 21)

Nesse sentido, as recomendações da IV CNSM-I ressaltam o resgate das dimensões processual e relacional do território, valorizando as suas singularidades sociais, culturais, econômicas e políticas, que poderão criar ‘vias de circulação’ aos sujeitos em sofrimento psíquico que não sejam mediatizadas pelas relações de mercado^{3,25}. No entanto, caso essa compreensão não seja alcançada, poder-se-á incorrer em novos processos de exclusão, retroalimentados pela impossibilidade de circulação dos sujeitos no território.

Nessa nova racionalidade da sociedade de segurança, os riscos relacionados à circulação das pessoas em sofrimento psíquico são minimizados por uma nova estratégia disciplinar: a docilização dos corpos, não mais pelo encerramento físico, mas pelo encerramento químico¹⁴. A utilização dos psicofármacos controla hábitos e condutas, domina os pensamentos e os delírios, minimiza o risco da violência, mas a um custo psíquico (e social) bastante elevado²⁶.

A questão da circulação da pessoa em sofrimento psíquico, afinal, continua tendo sua importância e centralidade, de forma que garantir a segurança de que circulará sem causar danos ou transtornos à sociedade é uma das pautas centrais dos programas terapêuticos. Essa garantia é atribuída tanto à possibilidade de controle dos comportamentos indesejáveis pelos psicofármacos como ao papel de controle outorgado à família.

Na sociedade de segurança, é permitido, ao indivíduo, algum grau de autonomia, exigindo-se uma postura mais ativa sobre o seu autocuidado. Mesmo que o indivíduo seja considerado doente e frágil, é possível responsabilizá-lo pela gestão de seus riscos²⁰. Para Foucault¹⁴, é necessário liberdade para que o dispositivo de segurança funcione.

Na França, o que permitiu à saúde mental se reorganizar e funcionar no interior do dispositivo de segurança foi a noção de ‘percursos de cuidados’²⁰; no Brasil, a análise dos relatórios das CNSM revelou que essa possibilidade é atribuída à noção correlata de ‘redes de cuidados’ ou à expressão homônima ‘linhas de cuidados’.

Justamente na encruzilhada do que faz viver e do que deixa morrer situa-se o cuidado, que deixa de ser uma estratégia por meio da qual as pessoas deverão ser enquadradas em regulamentações e normas as mais diversas que focalizavam o indivíduo e suas condutas de forma contínua, função que o cuidado exerceu na sociedade disciplinar, passando a operar como um componente do dispositivo de segurança^{12,20}.

Segundo as recomendações das CNSM, o cuidado deverá continuar ocupando-se da integralidade do sujeito, devendo alcançar todas as dimensões da vida humana, capturando-a em sua totalidade. Deverá, ainda, se organizar em redes ampliadas, formadas por componentes institucionais, como os CAPS e as unidades básicas de saúde, entre outros, abrangendo, também, outras instâncias comunitárias situadas no território, entre as quais: a família, as redes locais, representadas pela associação de moradores, pela igreja e, mais ainda, componentes intersetoriais, como a escola, os serviços de assistência social etc.

Na sociedade de segurança, mediante o cuidado, os agentes do campo da saúde mental poderão alcançar todo o território de circulação da pessoa em sofrimento psíquico, numa nova relação de

horizontalidade e transversalidade, em detrimento da verticalidade que o caracterizou na sociedade disciplinar. Doron²⁰ nos diz de um 'território aberto' que proporciona a livre circulação dos sujeitos, antecipando e reduzindo ao máximo os riscos implicados nessa circulação, a fim de maximizar a relação entre liberdade e segurança.

O cuidado poderá, então, contribuir para as novas funções da Psiquiatria, de gerenciamento dos fluxos populacionais, de alternância entre etapas de cuidado em regime hospitalar e regime comunitário, comprometendo-se com práticas preventivas e intersetoriais, negociando-se as fronteiras entre os "isolados disciplinares"²⁰ (p. 10).

Para Castel¹⁶ (p. 125), "a prevenção moderna é, antes de tudo, rastreadora de riscos". Os riscos, no contexto da sociedade de segurança, não são consequências de um perigo real, mas da delimitação de fatores de risco que indiquem a possibilidade do surgimento de comportamentos indesejáveis. Nesse sentido, "prevenir é [...] vigiar, [...] se colocar em posição de antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis (doenças, anomalias, comportamentos desviantes, [...] etc.) no seio de populações estatísticas, [...] portadoras de riscos"¹⁶ (p. 125-6).

Essa caracterização das práticas preventivas, no contexto da sociedade de segurança, permite-nos compreender as recomendações das CNSM de que as estratégias e práticas inscritas nas redes de cuidado deverão ser prioritariamente planejadas segundo critérios e indicadores obtidos mediante estudos epidemiológicos, possibilitando a racionalização de custos e investimentos no campo da saúde mental.

Primeiro, o fato de que as estratégias e práticas de cuidado comunitário sejam concebidas como tecnologias leves e, portanto, impliquem menores custos e uma melhor relação custo/benefício, comparando-se aos custos da assistência hospitalar, torna os cuidados comunitários de saúde mental facilmente ajustáveis aos objetivos econômicos no âmbito da gestão da saúde, no contexto das sociedades neoliberais.

De fato, os relatórios das CNSM trazem a recomendação de que os custos com os investimentos na assistência psiquiátrica hospitalar sejam efetivamente realocados na implantação dos serviços substitutivos, destacando-se várias regiões brasileiras com verdadeiros vazios assistenciais diante da grande dificuldade na implantação da rede de atenção psicossocial.

Revela-se, nesse debate, outra característica do dispositivo de segurança, discutida por Doron²⁰ (p. 11): "a maximização da relação custo-eficácia" por meio da "inscrição das intervenções num cálculo econômico". Na normalização disciplinar, uma norma, elaborada a partir de determinados saberes, delimita, *a priori*, o critério do que é normal/anormal, do que é aceitável/não aceitável. Na normalização da segurança, é preciso que se estabeleça um cálculo de frequência, que determinará se o fenômeno é significativo e se exige uma intervenção do Estado. A relação entre o anormal e o normal é de continuidade e contiguidade. Essa nova lógica implica a delimitação de um critério de eficácia aos serviços oferecidos pelo Estado^{14,20}.

É possível, na sociedade de segurança, aceitar como normal certa frequência de ocorrências dos fenômenos no nível da população. As singularidades dos sujeitos são reduzidas a médias, a um conjunto de dados epidemiológicos, o que significa que o indivíduo será pensado a partir da população. Assim, a epidemiologia e a estatística são saberes fundamentais^{14,16,20}.

Em síntese, no contexto da sociedade de segurança, o conceito de cuidado tende a operar como um conceito fluido, flexível, que assume determinadas configurações conforme precise se aproximar, se distanciar ou, ainda, reconciliar vertentes políticas e teóricas, em princípio, antagônicas. Doron²⁰ considera mesmo o cuidado como um conceito turvo que, sendo mal definido, poderá ser mal compreendido e vinculado a correntes de pensamento e práticas de cunho ideológico.

Considerações finais

O período representado pela I CNSM reuniu as condições para uma crítica ao modelo asilar hospitalocêntrico, abrindo espaço para a emergência de novas epistemologias e novos conceitos no campo da saúde mental. Entretanto, paralelamente, observaram-se discursividades em defesa dos

pressupostos da Psiquiatria Preventiva caplaniana, vertente na qual investiu a Psiquiatria brasileira desde o século XIX.

Desde a II até a IV CNSM, observa-se que o glossário relativo ao risco como probabilidade, assim como ao cuidado e ao território, apresentou-se com relevância progressiva, apontando para a centralidade desses conceitos nos debates em torno da consolidação de um novo modelo de atenção à saúde mental no Brasil.

A noção de cuidado exerce a função de anunciar a renovação das práticas técnico-assistenciais na direção apontada pelo movimento de luta antimanicomial, de restituição à pessoa em sofrimento psíquico de seu estatuto de sujeito jurídico-político. A política de saúde mental, por sua vez, avançou na estruturação de uma rede de cuidados substitutiva aos hospitais psiquiátricos, deslocando o cuidado das instituições de características asilares para as redes comunitárias de abrangência territorial e intersetorial, pressupondo práticas que se distanciem da medicalização dos sofrimentos cotidianos.

No entanto, a partir de nossa pesquisa documental, é possível situar os conceitos de risco epidemiológico, cuidado e território em transversalidade aos elementos constitutivos do dispositivo de segurança, evidenciando sua operacionalidade no campo da saúde mental contemporâneo. Tal fato pode ser considerado como aspecto limitante ao desenvolvimento de uma clínica ampliada, que contribua para uma nova compreensão do processo saúde-sofrimento-adoecimento psíquico, bem como para a invenção de práticas de cuidado, consoantes às proposições da política nacional de saúde mental e de acordo com as singularidades de cada território na rede de atenção psicossocial.

Nesse sentido, é preciso investir em estudos sobre a operacionalidade do conceito de cuidado e conceitos correlatos, como o de território, a fim de esclarecer de que forma poderão reforçar os mecanismos de medicalização e despolitização da vida, como integrantes das estratégias disciplinares, biopolíticas e de gestão dos riscos que compõem o dispositivo de segurança. Ou, ainda, em contrário, como poderão se opor ao processo de medicalização da saúde mental e dos sofrimentos psíquicos cotidianos, desde que se constituam enquanto uma prática social que permita o resgate da subjetividade humana e da potência da vida sequestrada pelas modalidades contemporâneas de biopoder.

Colaboradores

As autoras participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaios: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-69.
2. Tavares CMM. A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto Contexto – Enferm.* 2005; 14(3):403-10.

3. Yasui S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
4. Sistema Único de Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010.
5. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
6. Foucault M. A arqueologia do saber. 8a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental: Caderno Informativo. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
8. World Health Organization. Mental Health: new understanding, new hope. Switzerland: WHO; 2001. (The World Health Report, 2001).
9. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. 2a ed. Ijuí: Ed. UniJuí; 2011.
10. Foucault M. História da loucura na Idade Clássica. 8a ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.
11. Martínez-Hernández A. Fora de cena: a loucura, o obscuro e o senso comum. *Interthesis*. 2012; 9(2):1-19.
12. Foucault M. Microfísica do poder. 29a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2011.
13. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. 38a ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
14. Foucault M. Segurança, território e população. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
15. Spink MJP. Comunicações sobre riscos, biopolítica e a reconfiguração possível do cuidado. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, organizadores. Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: Cepesc/IMS - Uerj/Abrasco; 2010. p. 217-30.
16. Castel R. A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves; 1987.
17. Costa JF. História da Psiquiatria no Brasil: um recorte ideológico. 5a ed. Rio de Janeiro: Garamond; 2006.
18. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
19. Castiel LD, Guilam MCR. A saúde persecutória: a espera dos riscômetros portáteis. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(21):159-62.
20. Doron CO. O espaço da psiquiatria nos dispositivos de segurança na França. *Cad Pesqui Interdisciplin Cienc Hum*. 2014; 15(107):7-28.
21. Spink MJP, Galindo D, Ribeiro RN, Ornellas MA. Sobre as palavras que vendem coisas: o glossário do risco em anúncios de revistas. *Estud Psicol*. 2007; 12(1):13-21.
22. Spink MJP. Aventura, liberdade, desafios, emoção: os tons do apelo ao consumo do risco-aventura. *Pol Trab Rev Cienc Soc*. 2012; (37):45-65.
23. Ministério da Saúde (BR). Relatório final da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1988.
24. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde, Coordenação de Saúde Mental. Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1994.
25. Perlbart PP. Vida capital: ensaios de Biopolítica. São Paulo: Iluminuras; 2003.
26. Caponi S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):95-103.

Barbosa VFB, Caponi SNC, Verdi MIM. Cuidado de la salud mental, riesgo y territorio: transversalidades en el contexto de la sociedad de la seguridad. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(59):917-28.

El objetivo del estudio es analizar las transversalidades discursivas entre las nociones de cuidado en salud mental, riesgo y territorio en lo que hace a los informes de las Conferencias Nacionales de Salud Mental (CNSM), en el contexto de una sociedad de seguridad. Se trata de un estudio descriptivo, exploratorio, del análisis cualitativo, documental y retrospectivo, tomando como referencia la arqueología del saber de Michel Foucault. Desde la II a la IV CNSM, se observa que el glosario del riesgo-probabilidad, cuidado y territorio una progresiva centralidad para la consolidación del nuevo modelo de cuidado en salud mental brasileño. En la medida en que el modelo manicomial entró en declive debido al proceso de formación de una red de atención en salud mental territorializada y comunitaria, surgieron los discursos acerca de los riesgos, que son elementos fundamentales del dispositivo de seguridad.

Palabras clave: Cuidado. Salud mental. Territorio. Sociedad de seguridad.

Submetido em 19/08/15. Aprovado em 13/11/15.

Tecitura do vínculo em saúde na situação familiar de adoecimento crônico*

Juliana de Lima Soares^(a)
 Laura Filomena Santos de Araújo^(b)
 Roseney Bellato^(c)
 Elen Petean^(d)

Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Petean E. Weaving of the health bond on the family situation of chronic illness. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):929-40.

This paper intended to understand the weaving of the bond in the relationship among practitioner, diseased person and family on chronic illness situations. It was a qualitative study performed from a consultation with the database collection of matrix research, retrieving three situations of chronic illnesses. The relationship maintained by Ms. Mocinha with her physician was characterized by a unidirectional affective bond. In the Soneto's family, the relationship between the adolescents and the physician was underpinned by reciprocity and professional accountability, constituting a bidirectional bond. In the Andre's family, the medical follow-up had a tie of friendship, contributing to the proactive performance of the professional throughout care. The studied persons/families did not establish bond with the Basic Health Units, despite living in areas covered by the Family Health Strategy.

Keywords: Family. Professional-family relationships. Chronic disease.

Objetivamos compreender a tecitura do vínculo na relação entre profissional, pessoa adoecida e família em situação crônica de adoecimento. Trata-se de um estudo qualitativo realizado a partir de consulta ao acervo do banco de dados da pesquisa matricial, resgatando três situações de adoecimento crônico. A relação mantida por Dona Mocinha com seu médico se caracterizou pelo vínculo afetivo unidirecional. Na família Soneto, a relação entre os adolescentes e o médico estava embasada na reciprocidade e responsabilização profissional, constituindo um vínculo bidirecional. Na família de André, o acompanhamento médico contava com um laço de amizade, contribuindo para a atuação proativa do profissional no cuidado. As pessoas/famílias estudadas não estabeleceram vínculo com as Unidades Básicas de Saúde, apesar de viverem em áreas cobertas pela Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Família. Relações profissional-família. Doença crônica.

* Estudo desenvolvido no âmbito da Pesquisa Matricial "As instituições de saúde e do poder judiciário como mediadores na efetivação do direito pátrio em saúde: análise de itinerários terapêuticos de pessoas/famílias no SUS/MT", financiada pelo Edital de Apoio à Pesquisa da UFMT – Campus Sede/Edição 001.
 (a,b,c,d) Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso. Avenida Fernando Correa da Costa, nº 2.367, Boa Esperança. Cuiabá, MT, Brasil. juhsoaress@yahoo.com.br (bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (FAPEMAT); laurafil1@yahoo.com.br; roseneybellato@gmail.com; elenpetean@yahoo.com.br (bolsista Capes)

Introdução

Este estudo aborda a tecitura do vínculo entre o profissional de saúde e a pessoa/família que experiencia uma situação de adoecimento crônico. Tal situação se configura como um modo próprio de vivenciar a doença; e os eventos enfrentados pela pessoa adoecida e família produzem imbricações e entrelaçamentos, afetando-lhes nas diversas dimensões da vida, conformando seus modos de viver, o que exige rearranjos para a reordenação do cotidiano na presença do adoecimento¹.

A situação crônica de adoecimento requer atenção profissional contínua, que deve ser prestada longitudinalmente, o que implica a existência de um aporte regular de cuidados, por vezes, permanentes, num ambiente em que prevaleça a relação de confiança mútua entre profissionais e pessoas adoecidas². Ainda, salientamos que tal atenção deva estar centrada nas pessoas e suas famílias e, por certo, preceitua a construção de uma relação entre profissional e família baseada em compromisso, ética e corresponsabilidade³.

Destarte, o vínculo refere-se à construção de relações de afetividade e confiança entre profissional de saúde e pessoa/família, permitindo o aprofundamento do processo de responsabilização pela saúde construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico⁴.

Ademais dos aspectos afetivos, consideramos que a tecitura do vínculo contribui para uma assistência mais efetiva, viabilizada pela responsabilização do profissional na produção de cuidados, de modo que ele tenha permanência na vida das pessoas, sendo elemento fundamental no cuidado em saúde.

Concordamos que a tecitura do vínculo deve ser de iniciativa do profissional de saúde para com as pessoas sob seus cuidados, fato que proporciona acolhimento e resposta às suas necessidades⁵. Assim, podemos considerar que o vínculo é efetivo quando se caracteriza pela longitudinalidade e efetividade no cuidado, sendo o profissional capaz de apreender as necessidades de saúde da pessoa cuidada e família, responsabilizando-se por responder àquelas que estejam sob suas possibilidades profissionais⁵.

O interesse por investigar o vínculo em saúde vem de estudo anterior⁵, baseado na trajetória de busca pelo cuidado de uma idosa com múltiplos agravos crônicos, que nos evidenciou a tecitura do vínculo afetivo unidirecional dessa pessoa com o profissional médico, visto que a iniciativa de busca e manutenção sempre a ela cabia. Esta relação de cunho vinculativo de caráter unidirecional, por afetar, de forma importante, a conformação da trajetória da família, nos fez pressupor que o vínculo tecido, em outro sentido, possuiria maior potencial de efetividade para o cuidado na situação crônica de adoecimento. É essa outra direcionalidade do vínculo – do profissional para a pessoa adoecida e sua família – que estamos nomeando de “vínculo em saúde”, responsabilizando-o, portanto, como polo desencadeador e mantenedor da relação vinculante.

Este estudo poderá oferecer subsídios para uma discussão mais aprofundada dos elementos contribuidores na tecitura do vínculo em saúde, de modo a possibilitar maior efetividade da assistência prestada em todos os níveis de atenção. Assim, objetivamos compreender a tecitura do vínculo na relação entre profissional, pessoa adoecida e sua família na situação crônica de adoecimento.

Metodologia

Estudo de abordagem compreensiva, que nos permitiu apreender os diferentes significados atribuídos pelas pessoas aos processos que estão vivendo⁶, neste caso, a situação crônica de adoecimento, da qual depreendemos elementos imbricados na tecitura do vínculo. Foi realizado por meio de consulta a um Banco de Dados em Pesquisa Qualitativa (BDPQ)⁷, que se constitui em uma coleção de dados e informações recolhidas por diferentes pesquisadores sobre experiências de cuidado e adoecimento, sendo o seu conteúdo composto por histórias narradas por pessoas e suas famílias, compiladas em diários de pesquisa.

À época da consulta, o BDPQ continha 13 experiências familiares de cuidado e adoecimento, sendo de nosso interesse a compreensão da tecitura do vínculo em saúde a partir da perspectiva privilegiada das pessoas e suas famílias. Assim, este estudo se reporta aos critérios de inclusão da pesquisa matricial: a) ser usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) em algum momento de sua experiência de adoecimento;

b) ter recorrido a uma instância jurídica por meio de demanda judicial para requerer serviços e/ou insumos em saúde; c) ser residente no Estado de Mato Grosso.

Para a eleição das famílias a partir do BDPQ, empregamos o critério da presença de relações mais intensas entre profissionais de saúde e a pessoa adoecida/família, elegendo três experiências de adoecimento e cuidado: a) família de André, composta por ele, que vivenciou a experiência de adoecimento crônico implicado pelo câncer colorretal, sua esposa Gabi, seus três irmãos e dois filhos que participavam do cuidado. Os encontros com tal família foram de abril a junho/2010; b) família Soneto, que vivencia o adoecimento de dois adolescentes, Cecília e Olavo, de 13 e 14 anos, respectivamente, acometidos por anemia falciforme, e seus pais: Assis e Clarice. Os encontros com tal família foram de dezembro/2010 a outubro/2011; c) família de Dona Mocinha, composta pela idosa de 79 anos, que vivencia diversos agravos crônicos simultaneamente, sua filha Ana e seu genro Carlos, presentes em seu cotidiano de cuidados. Os encontros com eles foram de fevereiro a agosto/2011.

As três famílias residiam em Mato Grosso, sendo que a família de André vivia em uma cidade interiorana, e as demais na capital Cuiabá. Desse modo, os encontros com a família Soneto e de Dona Mocinha ocorreram em suas respectivas casas. O primeiro e segundo encontros com André ocorreram em um serviço público de saúde da capital, onde ele realizava tratamento quimioterápico; os encontros subsequentes aconteceram em sua cidade de residência.

Na recolha original destas experiências, foi empregada a abordagem metodológica da História de Vida operacionalizada pela Entrevista em Profundidade e Observação⁷. O trabalho de campo foi realizado por diferentes pesquisadores da pesquisa matricial, e a primeira autora deste estudo compôs a equipe que abordou a história da família de Dona Mocinha.

O *corpus* empírico se constituiu pelo Diário de Pesquisa das três experiências familiares, o que resultou num total de 543 páginas digitadas em arquivo *Microsoft Word Document* (docx), em fonte *Times New Roman*, tamanho 12 e espaçamento 1,5 entre linhas.

Para compreensão desse material, privilegiamos a leitura atenta e detalhada das narrativas de cada família, buscando por elementos e acontecimentos que expressavam a maneira pela qual se estabelecia a relação entre profissionais de saúde e família.

Inicialmente, destacamos, por meio de cores diferenciadas, os trechos narrativos que denotavam a conformação da relação com o profissional ou serviço de saúde e, posteriormente, os separamos do todo da entrevista, analisando-os um a um. Em seguida, discriminamos, em cada experiência familiar, os elementos que potencializavam ou dificultavam a tecitura e o fortalecimento do vínculo em saúde. A partir da identificação desses elementos, construímos um diagrama sintetizador representando os principais elementos intrínsecos à tecitura do vínculo nas experiências sobre as quais nos debruçamos.

A finalidade de um diagrama é usar os recursos visuais, linhas, formas, palavras, símbolos, setas, pontos ou planos que podem representar relacionamentos e propriedades de uma determinada estrutura⁸. Assim, o diagrama possibilitou a demonstração ilustrativa dos elementos constitutivos do vínculo, bem como o contínuo das relações no tempo.

Os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos foram respeitados, sendo a pesquisa matricial à qual este estudo se vincula aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no qual estava prevista a composição do Banco de Dados e a possibilidade de consulta a seu acervo para o desenvolvimento de outros estudos. Também atribuímos nomes fictícios aos participantes deste estudo e profissionais/instituições de saúde citadas, buscando preservar seu anonimato.

Resultados e discussão

Partindo da ideia de vínculo como um importante constructo a ser encarnado pelo campo saúde, consideramos que a relação entre o profissional e as pessoas que necessitam de cuidados deve proporcionar meios para a sua tecitura. Assim, para apresentar, imagetivamente, e discutir os elementos intrínsecos à constituição de uma relação pautada no vínculo em saúde, apreendidos nas experiências aqui interpretadas, construímos um diagrama (Figura 1).

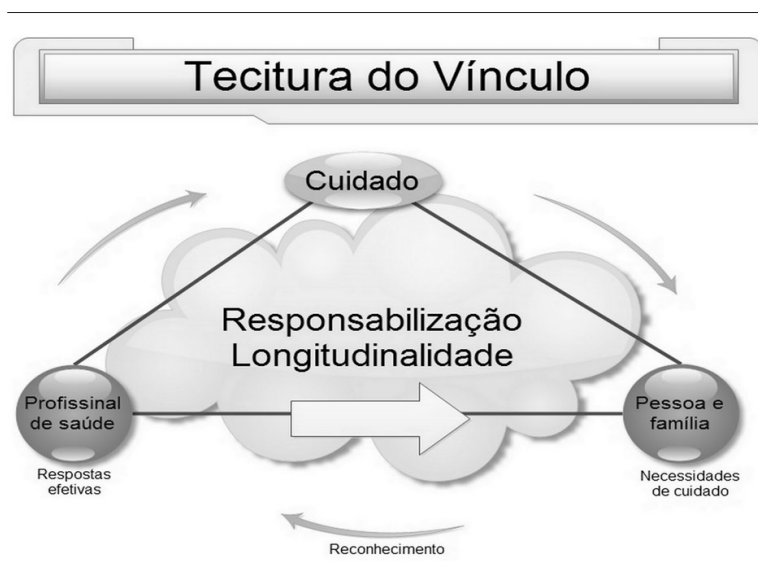


Figura 1. Diagrama representativo dos elementos intrínsecos à tecitura do vínculo na relação entre profissional, pessoa doente e família.

A tecitura do vínculo em saúde se constitui num movimento de relações que envolvem respostas efetivas do profissional de saúde para as necessidades de cuidado trazidas pelas pessoas ao longo do tempo, de maneira que elas possam reconhecer tais respostas como resolutivas, motivando-as a se vincularem ao profissional (Figura 1). Esse reconhecimento se torna viável quando o profissional e os serviços de saúde são capazes de estabelecer relações pautadas em elementos que potencializam o vínculo. Assim, com base nas experiências familiares, evidenciamos a **responsabilização** e a **longitudinalidade** como elementos indispensáveis à tecitura do vínculo, por contribuírem para o fortalecimento das relações.

Na experiência da família Soneto, percebemos a postura proativa do médico que acompanha os adolescentes no Centro de Hematologia Estadual há mais de dez anos. Tal postura contribuiu para a tecitura do vínculo em diversos momentos ao longo do adoecimento, dentre eles, salientamos o episódio em que o profissional se mostrou disponível para atender às necessidades dos adolescentes, mesmo estando afastado de suas atribuições, em período de férias, como ocorreu quando Cecília, filha de Clarice, sofreu um acidente vascular encefálico (AVE):

“Aí pegamos ela e viemos pro [nomeia o Hospital Público de Urgência e Emergência]. Quando chegamos, o médico não aceitava o diagnóstico. Ele falava que tinha que esperar o neuro, porque era uma paralisia facial que ela tava tendo, aí falei: ‘Doutor, mas a minha filha tem anemia falciforme e ela pode tá tendo um AVC’ [referindo-se ao AVE]. E ele falava: ‘Não, anemia falciforme não dá AVC, anemia falciforme dá dor’. Aí eu falava: ‘Doutor, não faz isso! Minha filha tá tendo um AVC e ela precisa ser transfundida com urgência’. [...] Fomos e ligamos pro médico [refere-se ao médico que acompanhava seus filhos há 10 anos], aí ele pediu que queria falar com o médico, que realmente ela tava tendo um AVC e precisava ser transfundida com urgência [...] Porque o médico não aceitava o parecer, aí o médico dela foi e pediu que ele queria falar com a assistente social e esclarecer o que tava acontecendo [...] Falou que ela era paciente dele, ele era o pediatra e hematologista que acompanhava ela, que cuidava dela e, se o colega não tava aceitando o diagnóstico, se agravasse o quadro da paciente dele, ele ia ser obrigado a fazer uma denúncia no Conselho Regional de Medicina, porque ele tava sendo negligente e ignorante”. (Clarice, família Soneto)

O trecho evidencia a responsabilização do médico pela saúde de Cecília, já que, mesmo estando longe, coloca-se à disposição para responder a necessidade da família, dando-lhes o número de seu telefone particular para que pudesse ser acionado quando necessário. Diante da possibilidade do quadro de AVE, o médico atende prontamente à necessidade da família, tomando para si a responsabilidade pelo cuidado, agindo em prol da menina ao gerenciar o atendimento para Cecília, inclusive, se dispondo a denunciar o outro profissional caso ele não cumprisse o que lhe cabia frente à gravidade da situação.

Neste caso, a relação entre o médico e a família se aproxima da noção de responsabilização, caracterizada como tão próxima e tão clara que o profissional deve se sentir responsável pela vida e morte da pessoa que vivencia o adoecimento, sensibilizando-se com todo o seu sofrimento⁹.

Além disso, a especificidade da atenção requerida no caso de um agravo peculiar, como a anemia falciforme, faz com que o acompanhamento se dê, preferencialmente, em uma unidade de referência especializada, conferindo um grau acentuado de importância na gestão dos casos; somado a isso, destacamos o tempo de relacionamento entre o médico e a pessoa acompanhada, que tende a se estender devido à própria situação de complexidade inerente ao agravo. Esses fatores contribuem para despertar o sentimento de “pertencimento”, atribuindo, ao Centro de Hematologia, a referência de lugar de cuidado para a família, podendo ser esse um dos elementos que potencializaram o vínculo na situação da família Soneto.

Na experiência de André, acompanhado pelo médico então prefeito da cidade, Humberto, desde 2006, a relação de amizade entre eles, anterior à doença, contribuiu intensamente para que o profissional se responsabilizasse pela sua situação de saúde, garantindo um “canal de comunicação” mesmo quando o profissional se encontrava ausente.

Esse fato é percebido quando o médico orienta a secretária a telefonar para avisar André acerca do momento em que estaria na cidade para prestar assistência:

“Aí, após isso, comecei trabalhar na Prefeitura, né? Então, o prefeito era amigo da gente, o Doutor também né? [evidenciando que o prefeito também era o médico]. A gente falou com ele: ‘Doutor Humberto tá me acontecendo assim, assim’. Ainda, ele falou pra mim: ‘Olha, André: tal dia, eu não to lá, eu vou pra Cuiabá, mas cê deixa falado lá com a Clara, minha secretária, que o dia que eu for atender, eu te chamo’. Bão! Voltei a trabalhar normal, fui trabalhando. Quando foi na segunda-feira, a secretária dele me chamou: ‘Oh! O Doutor Humberto disse que é pra você ir consultar que ele tá lá hoje, não foi pra Cuiabá não’. Então eu vou lá, né?”. (André, família de André)

Consideramos que, nesse episódio, o médico foi quem acionou a relação, solicitando que André comparecesse ao consultório. Mesmo na ausência do profissional, há uma garantia de comunicação para que a pessoa adoecida não fique desamparada, ainda que momentaneamente não se possa oferecer uma resposta ao que está sendo por ela demandado, havendo o comprometimento da secretária em avisar acerca da disponibilidade do médico para atender André. Desse modo, percebemos que a responsabilização é permeada pelo compromisso mútuo, ou seja, da pessoa em procurar ajuda quando se faz preciso e, sobretudo, do profissional que se mobiliza para garantir, minimamente, um meio de conexão entre sua capacidade de resposta e a necessidade da pessoa.

O elemento que parece ter pesado para a responsabilização do profissional médico na história de André foi a presença do laço de amizade, preexistente à descoberta do agravo de saúde. Tal laço densificou a relação entre profissional e pessoa adoecida, pois, além do médico, estava presente o amigo, numa relação de proximidade única, não identificada nas demais histórias que compõem nossa análise. Essa relação próxima se mostrou tão forte que, no momento em que André precisava realizar uma colostomia e estava receoso em se submeter ao procedimento, o amigo médico foi até a sua casa para aconselhá-lo:

“Aí, o prefeito [se referindo ao médico], que tinha me consultado e me mandado pra lá [referência de tratamento ao câncer na cidade de Barretos], ficou sabendo que eu tava meio

assim, pé meio atrás. Foi em casa, me deu uma força, falou: 'Olha, eu sou um médico, eu te aconselho. Vai! Porque se você não colocar hoje, amanhã ou depois, o tumor vai crescer, vai ter que colocar e nem pode [...] você vai ter que conviver com essas coisas'". (André, família de André)

Esse episódio nos chamou a atenção por demonstrar uma relação permeada pela afetividade construída a partir do laço de amizade, transcendendo a relação médico-paciente, e que se mostrou efetiva no tratamento de André. Percebemos uma postura reflexiva do profissional ao se reconhecer no amigo e se responsabilizar por sua situação; também, contribuiu para que André atribuísse um sentido novo à sua doença, reconhecendo sua gravidade e adquirindo certa confiança no tratamento que o amigo previa para sua situação.

Dentre os diversos tipos de laços que permeiam as relações humanas, está o laço de amizade, que é considerado forte por permitir, conforme sua permanência e vitalidade, a construção da confiança e compromisso mútuo¹⁰. A mesma autora afirma que tal laço, quando presente no sistema de saúde, pode proporcionar, à pessoa, a ansia por um nível de cuidados superior ao padrão normalmente oferecido, e que laços fortes permitem acesso mais facilitado e de qualidade ao sistema de saúde, seja público ou privado.

Esse laço, quando estabelecido com um amigo médico, tende a proporcionar, à pessoa, uma sensação de despreocupação com assuntos relativos à saúde, ao mesmo tempo em que lhe inspira uma sensação de confiança em caso de problema¹⁰. Nesse sentido, podemos afirmar que o laço de amizade entre André e seu médico garante que o profissional se sinta comprometido e responsabilizado com seu estado de saúde, buscando meios, sem poupar esforços, para que possa lhe garantir o melhor cuidado.

Na situação da família Soneto, apesar de não haver esse laço de amizade anterior ao adoecimento dos filhos, percebemos um atendimento bem próximo do que poderia ser considerado integral, nos momentos em que a escuta, a atenção e a palavra de consolo se fizeram presentes, proporcionando, aos pais, a sensação de acolhimento, como narra Clarice:

"[...] Nós fizemos essa avaliação dela [refere-se ao exame de Doppler] por Deus, porque ela [a filha] não foi encaminhada pra ser avaliada por ela [médica que realizou o exame], mas como ela mesmo realizou, fez o Doppler e foi conversando, aí, no final, ela sentou, conversou comigo, me mostrou. Então assim, foi uma atenção diferenciada que ela me deu [ênfase] [...] Mas assim, ela conversou. Aquele dia que ela terminou o exame das crianças, ela sentou, ela me deu uma atenção, conversou comigo, explicou, me orientou muita coisa e me tranquilizou [ênfase]. (Clarice, família Soneto)

Elementos como a comunicação próxima, a palavra de consolo e a postura de se importar com o sofrimento do outro parecem contribuir para o estabelecimento do vínculo em saúde; se tais elementos guardam relação com o modo como o serviço de saúde se organiza para oferecer assistência às pessoas, muito mais direta é sua dependência para com a maneira como o profissional se posiciona em relação à situação vivenciada pela pessoa e sua família. É importante que ele seja capaz de desenvolver empatia pela pessoa adoecida, oferecendo uma atenção mais solidária, voltada aos que dele necessitam.

Tais elementos viabilizam o acolhimento da pessoa e família, sendo de fundamental importância na tecitura de uma relação vinculante pelo profissional. Corroboramos que o acolhimento é o ato ou efeito de acolher, amparar, e se expressa de variadas formas por meio de uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", uma atitude de inclusão da pessoa adoecida¹¹.

A sensação de acolhimento por parte da família Soneto se mostrou presente na relação com os médicos, com a equipe de enfermagem e de nutrição do Centro de Hematologia que acompanhava os adolescentes. A descrição seguinte destaca o reconhecimento, pela família, das pessoas com as quais "eles podiam contar":

“Num período mais difícil, nós contamos com um grupo que foi muito importante na nossa vida no Centro de Hematologia, que era uma enfermeira, que ficava na transfusão. Pra nós, o fato de você vê a bolsa lá pendurada e o seu filho tomando sangue, enquanto transfundia, eu tava chorando. Se a transfusão durasse duas horas, eu passava duas horas chorando! Cada gota de sangue era lágrima minha [risos], que tava ali. Então, nós contamos com esse grupo, que era a enfermeira, a Rita, que hoje nem tá mais lá, mas nunca esqueci o nome dela. [...] Foi as técnicas, parte delas ainda tão lá, outra parte aposentaram, e tinha doutor Daniel que me ajudou muito [...]. Mas o que fez foi o grupo de enfermagem e o médico! Eles fizeram uma diferença muito grande, e a nutricionista”. (Clarice, família Soneto)

Parece-nos que esses profissionais foram capazes de acolher as necessidades da família em momentos de dificuldade, oferecendo uma atenção longitudinal, o que fez com que o Centro de Hematologia se tornasse um lugar de referência e pertencimento para eles ao longo do tempo. Dessa forma, percebemos que esse serviço se configurou como locus de referência para o cuidado à saúde, funcionando como uma estação organizadora da atenção, visto que não só prestava os cuidados que lhes são próprios, mas também construía pontes com outros serviços e profissionais sempre que necessário¹².

Cabe pontuar que o fato de os centros de especialidades apresentarem baixa rotatividade de seus profissionais, mantendo-os por um período de tempo mais longo, permite o acompanhamento prolongado das pessoas adoecidas que neles são atendidas, o que parece contribuir para o fortalecimento das relações, além do oferecimento de uma atenção longitudinal. Entretanto, a postura de cada profissional que neles atua ainda constitui fator crucial para a manutenção dessa relação, pois seria de pouca valia manter num serviço um profissional que não fosse capaz de criar empatia com a situação de adoecimento vivenciada pelas famílias.

Assim, neste estudo, a atenção ofertada de modo longitudinal às pessoas, ou apenas a permanência de um mesmo profissional no cuidado a elas, parece se configurar como elemento importante na tecitura do vínculo. Em contraponto, e reforçando essa inferência, na situação de André, a alta rotatividade dos médicos que o acompanharam em um centro de referência para tratamento de câncer no estado de São Paulo foi um fator dificultador nessa tecitura:

“Eu não sei dizer quantos médicos eu passei lá. Acho que eu passei uns cem. Cada dois dia passava um, né? Esse um foi que me acompanhô na parte da cirurgia [...] Quem fez cirurgia foi um. Aí, e antes de eu saí de alta, já teve doutor que me acompanhou. Depois, já me jogaram pra outro, e vai... Acho que a cada dia um, só pode!”. (André, família de André)

Entendemos que a rotatividade de profissionais no serviço de saúde, sobretudo no atendimento a uma mesma pessoa adoecida ao longo do tempo, pode acarretar certa instabilidade nas relações, a depender de como cada profissional conduzirá o tratamento da pessoa que está em acompanhamento. Além disso, a mudança constante dos profissionais que acompanham a pessoa pode causar uma percepção de se estar “jogado” de um para outro profissional, conforme expressa André, sendo que, também nas suas palavras, os profissionais apenas “passavam” por ele, não se tornando responsáveis ou comprometidos com o acompanhamento da sua situação.

Em contrapartida, cabe destacar que apenas a permanência de um mesmo profissional ao longo do tempo não é condição única para o oferecimento de uma atenção longitudinal, posto que a essência da longitudinalidade se conforma em uma relação pessoal, de longa duração, entre profissional, pessoa adoecida e sua família, e que independe da presença de uma doença¹². O profissional deve reconhecer a pessoa, mas, também, permitir ser reconhecido por ela, conferindo, assim, sentido à relação estabelecida¹³. É válido afirmar que essa relação só pode ser construída ao longo do tempo; porém, para que ela se efetive, são necessários inúmeros elementos que se inter-relacionam na continuidade da assistência.

Na experiência de Dona Mocinha, acompanhada pelo mesmo médico há mais de vinte anos, percebemos que a relação mantida se caracterizou por uma afetividade vinculante, pautada no

“apego” da idosa e sua família ao profissional, por trazer algum grau de resposta às suas necessidades e, sobretudo, por tratá-las com cordialidade.

“Ele é muito atencioso. [...] Ele num tem pressa de atender a gente. [...] Cê chega lá, ele te escuta, tudo o que for necessário, né? [...] Acharmos ele muito legal, gosto muito de tratá com ele”. (Dona Mocinha, família de Dona Mocinha)

A relação que a idosa estabelece com o médico é permeada pela confiança que ela e sua família têm nesse profissional, pois ele atende, também, a outros entes da família:

“A minha irmã, mais criança do que eu, ela teve problema de derrame [...] teve cinco vezes esse problema de derrame. Então, ela tratava com ele, sabe? Com Dotô Luiz. Aí então, ela foi e falou assim: ‘Olha, o médico, Dotô Luiz, ele é muito bom! Muito atencioso, tudinho, né?!’” (Dona Mocinha, família de Dona Mocinha)

Entendemos que a tecitura de uma relação respeitosa e cordial por parte do profissional de saúde contribui, em grande medida, para que as pessoas e suas famílias se vinculem – e permaneçam vinculadas – a ele. O médico atencioso da irmã de Dona Mocinha tornou-se também seu médico atencioso. Entretanto, para que o vínculo em saúde seja efetivo, outros elementos são fundamentais na relação entre profissional, pessoa adoecida e família.

Observamos que a iniciativa de busca e manutenção dessa relação se dava por parte da idosa e sua família, e não o contrário, visto que, em nenhum momento nas narrativas, o médico ou outro profissional da clínica estabeleceram qualquer tipo de contato que não fosse atender estritamente ao que foi demandado.

Assim, entendemos que o vínculo em saúde deve se caracterizar por trocas solidárias e comprometidas com o cuidado à saúde¹⁴, pois não depende apenas da atitude da pessoa adoecida ao buscar o profissional para potencializar a efetivação de seus cuidados, posto que os profissionais devem estar implicados nesse processo, mobilizando saberes e ações que possam atender às necessidades das pessoas da melhor maneira possível. Dessa forma, corroboramos que a direção da tecitura do vínculo com as pessoas que necessitam de cuidado deve ser de iniciativa efetiva do profissional⁵. Não percebemos na experiência de Dona Mocinha e sua família essa atitude vinculante por parte do médico, visto que ela é quem nutre o vínculo afetivo com o profissional. Depreende-se que a afetividade vinculante de Dona Mocinha não seja suficiente para que o médico se mobilize, de modo mais efetivo, no acompanhamento à sua saúde.

A limitada responsabilização por parte do profissional, nesse caso, interfere na efetividade da assistência prestada à idosa, mas não na afetividade que a família nutre por ele. O tratamento cordial que o profissional oferece se mostra suficiente para que Dona Mocinha e sua família o reconheçam como seu “médico de confiança”. Por sua vez, o médico parece não reconhecer a sua parcela de responsabilização com o cuidado integral da idosa e não empreende esforços para a tecitura do vínculo.

Cabe destacar que o adoecimento crônico é por nós considerado um estado mais ou menos prolongado na vida das pessoas; assim, a longitudinalidade da assistência torna-se imprescindível, no sentido de que o profissional se faça presente na relação, se colocando em prontidão para o cuidado, atitude que contribui para o sentimento de pertencimento e acolhimento das pessoas e suas famílias.

Nas três histórias abordadas neste estudo, apesar de se tratarem de pessoas adoecidas e famílias que necessitavam de acompanhamento próximo, a unidade básica da Estratégia Saúde da Família (ESF) não se mostrou capaz de tecer um vínculo efetivo com elas. Sabemos que, nessa relação, pesam diversos elementos que não estão plenamente sob a governabilidade da ESF. Entretanto, tomando a perspectiva privilegiada das pessoas e famílias participantes deste estudo, podemos apontar alguns fatores que atuaram como entraves na tecitura do vínculo por parte dos serviços de saúde.

Na história da família Soneto, observamos que o tempo de resposta às necessidades dos adolescentes foi um elemento dificultador na tecitura do vínculo com a ESF, como destaca Clarice:

“Eu até tentei fazer, dois anos eu busquei o PSF. No primeiro ano, até que foi tranquilo; no segundo, eu já não conseguia receber assistência, e, no dia que foi feita a coleta [refere-se ao exame Papanicolau], demorô muito tempo [ênfase] pro exame chegar. [...] Então, acaba causando uma demora, desgaste maior em você, a gente não tem tanto tempo pra ficar plantado esperando sabe lá Deus quando que vai chegar. E aí foi onde eu desisti deles”. (Clarice, família Soneto)

Complementando a fala da mãe, Cecília (família Soneto) aponta: “O postinho médico é o menos importante! [ênfase, referindo-se ao PSF]. [...] Pra mim, não faz muita falta! Não sei pros outros”.

A pouca agilidade também contribuiu para a não-tecitura de vínculo com a ESF, fazendo com que a família buscasse instituições que lhes pareceram mais eficientes e efetivas, fornecendo respostas mais rápidas, e que corresponderam às necessidades mais prontamente.

No caso de Dona Mocinha, observamos uma percepção da assistência oferecida na ESF pautada em uma atenção menos efetiva e destinada a pessoas menos favorecidas. Esse fator parece ter constituído um elemento contribuidor para o não-estabelecimento de vínculo, como evidencia a idosa no seguinte trecho:

“Eles [ESF] só pergunta assim, porque eu tenho o prano de saúde: ‘tem prano de saúde?’ eu tenho prano de saúde... aí eles descuida né, intão num adianta! [...] geralmente, é uma qualidade só [referindo-se à medicação prescrita na ESF]. ‘É hipertenso? Você é hipertenso, você é?’ O mesmo quase remédio que dá pra você, dá pra você”. (Dona Mocinha, família de Dona Mocinha)

Ana, filha de Dona Mocinha, reforça: “[...] é! Acho que eles dão prioridade pra aquelas pessoas que não têm [plano de saúde]”.

Percebemos que, quando a família de Dona Mocinha tem a possibilidade de não se submeter ao serviço público, assim o faz; de modo que acaba por estabelecer vínculo com os profissionais da rede privada e/ou conveniada. Portanto, embora a ESF tenha a longitudinalidade como intenção incorporada em sua política, é o médico particular de Dona Mocinha – mesmo sem a “continuidade” como sustentadora de sua assistência – que se apresenta a ela como capaz de lhe fornecer respostas mais efetivas às suas necessidades.

Tal como na história de André, a percepção aguda da qualidade da assistência prestada foi um elemento que também dificultou o estabelecimento de vínculo com a equipe da ESF:

“Fui no postinho umas duas vezes, falei com o médico lá [...]. O nosso médico é muito vagabundo, do postinho, é muito fraco, coitado! Aí ele pegou e fez lavagem. Eu fiquei olhando, né! Pegô, molhou uma água lá e lavou o meu ouvido. Aí, eu fui na farmácia um dia e falei pro farmacêutico: ‘O Dê [apelido do farmacêutico], a gente faz limpeza no ouvido, assim com água?’. ‘Não, é com soro!’. ‘Nada, rapaz! O doutor lá fez limpeza no meu ouvido com água’. ‘Não, é com soro!’. ‘Mas ele fez limpeza no meu ouvido com água’. (André, família de André)

Em outro momento, André relata: “[...] Fui no postinho, né! Não sei o que aconteceu lá, porque na hora que tirei raio X, cheguei na sala de consulta, minha receita já tava feita, não sei se ela me viu no corredor [...] A receita do remédio já tava pronta”.

Tais acontecimentos fizeram André desacreditar do compromisso do médico da ESF com o cuidado à sua saúde. Vale enfatizar que a postura médica pode levar as pessoas a duvidarem da competência do profissional para reconhecer suas necessidades de cuidado, bem como a não confiarem em suas condutas, fragilizando ainda mais a relação e o vínculo com o profissional e com o serviço.

Cada pessoa traz consigo uma cesta de necessidades quando procura um serviço de saúde. Logo, cabe ao profissional identificá-las e desenvolver o cuidado de maneira correspondente a elas¹⁵. Nesse sentido, acreditamos que a resposta efetiva ao que está sendo demandado pode ser um elemento que potencializa a tecitura do vínculo em saúde.

Considerações finais

O vínculo se estabelece num movimento contínuo de relações afetivas e efetivas, sendo necessário um esforço por parte do profissional para intensificar relações vinculantes às pessoas e suas famílias. Espera-se uma postura proativa do profissional em se responsabilizar pela situação de adoecimento, pautando suas práticas na qualidade e no oferecimento de respostas adequadas e efetivas às necessidades da pessoa e família. Tais características da relação entre profissional, pessoa adoecida e família são, simultaneamente, causa e consequência da responsabilização profissional e da garantia da longitudinalidade do cuidado – elementos constituidores da tecitura do vínculo em saúde.

Apreamos que o acompanhamento longitudinal viabilizou o desenvolvimento de uma relação de proximidade, que, por sua vez, possibilitou o reconhecimento precoce das necessidades da pessoa adoecida, promovido pelo interesse e responsabilização do profissional, que foi além de prestar atendimento quando acionado pela família, colocando-se em posição de prontidão para o cuidado quando e onde ele fosse necessário.

A tecitura do vínculo em saúde esteve relacionada às características do profissional, no sentido de responsabilizar-se e reconhecer necessidades mais ampliadas e integrais; e, também, ao tipo e tempo de relação existente. Portanto, entendemos que a garantia da longitudinalidade no cuidado possa ser um modo eficaz de se constituir vínculo efetivo entre o profissional e a pessoa adoecida e família. Ao mesmo tempo, o vínculo constitui um elemento potencializador da capacidade resolutive dos serviços, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado, atendendo às expectativas das pessoas e famílias. Assim, temos a constituição do círculo virtuoso que apresentamos, imagetivamente, no diagrama representativo dos elementos intrínsecos à tecitura do vínculo na relação entre profissional, pessoa adoecida e família.

Colaboradores

Juliana de Lima Soares participou da concepção do estudo, recolha e análise do material empírico, redação, formatação e revisão final do texto. Laura Filomena Santos de Araújo e Rosney Bellato participaram da concepção do estudo, análise do material empírico, redação, formatação e revisão final do texto. Elen Petean participou da análise do material empírico, redação, formatação e revisão final do texto.

Referências

1. Dolina JV, Bellato R, Araújo LFS. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(9):2671-80.
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. Mendonça FAC, Sampaio LRL, Linard AG, Silva RM, Sampaio LL. Acolhimento e vínculo na consulta ginecológica: concepção de enfermeiras. *Rev Rene*. 2011; 12(1):57-64.

4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília (DF): MS; 2012.
5. Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Correa GHLST. Considerations about the health tie in the trajectory of search for elderly and the family care. *J Res Fundam Care*. 2013; 5(4):583-90.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
7. Araújo LFS, Dolina JV, Petean E, Musquim CA, Bellato R, Lucietto GC. Diário de pesquisa e suas potencialidades em pesquisa qualitativa. *Rev Bras Pesqui Saude* 2013; 15(3):53-61.
8. Bandeira D, Sejanos T. Desvio e regra: linguagem do desenho. O Mosaico/FAP [internet]. 2009 [acesso 2013 Ago 19]; 1. Disponível em: http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/Arquivos2009/Pesquisa/Omosaico/02_artigo_Denise_thalita_aluna_sem_Abstract.pdf
9. Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: o serviço de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: Cecílio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 17-160.
10. Portugal S. Dádiva, família e redes sociais. In: Portugal S, Martins PH, organizadores. Cidadania, políticas públicas e redes sociais. Coimbra: Universidade de Coimbra; 2011. p. 39-53.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2a ed. Brasília (DF): MS; 2008.
12. Starfield B. Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
13. Honneth A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. 34a ed. São Paulo: Editora 34; 2003.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF): MS; 2004.
15. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8a ed. Rio de Janeiro: Abrasco; 2009. p. 117-30.

Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Petean E. Urdimbre del vínculo de salud en la situaciones familiares de enfermedad crónica. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):929-40.

Nuestro objetivo fue el de comprender el urdimbre del vínculo en la relación entre profesional, persona enferma y familia en situación crónica de enfermedad. Este estudio es de tipo cualitativo y fue efectuado a partir de una consulta al acervo de la base de datos de la investigación matricial, rescatando tres situaciones de enfermedad crónica. La relación mantenida por Doña Mocinha con su médico se caracterizó por el vínculo afectivo unidireccional. En la familia Soneto, la relación entre los adolescentes y el médico estaba basada en la reciprocidad y responsabilización profesional, constituyendo un vínculo de tipo bidireccional. En lo que respecta a la familia de André, el seguimiento médico contaba con un lazo de amistad, contribuyendo a la actuación proactiva del profesional en la atención. Las personas y familias estudiadas no establecieron vínculo con las Unidades Básicas de Salud, a pesar de vivir en áreas cubiertas por la Estrategia Salud de la Familia.

Palabras clave: Familia. Relaciones profesional-familia. Enfermedades crónicas.

Submetido em 22/12/15. Aprovado em 11/03/16.

Coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes

Rosilei Teresinha Weiss Baade^(a)
Edison Bueno^(b)

Baade RTW, Bueno E. Co-construction of the healthcare autonomy for person with diabetes. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):941-51.

This is a qualitative research on the co-construction of the autonomy of care for individuals with diabetes through the reflections of diabetic users and health professionals in a team of a specialized public clinic, located in a medium-sized municipality in southern Brazil. Data were collected through semi-structured interviews of people with diabetes, health professionals and a conversation meeting with professionals about the discourses of these users. The analysis was guided by content analysis, specifically thematic analysis. Listening, expanded clinical approach and co-management proved to be key strategies to understand and live and cope with diabetes as a singular process by creating strategies shared between disease bearers and health professionals, where the disease is part of life, not life part of the disease

Keywords: Co-construction. Diabetes mellitus. Autonomy. Care. Expanded care.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre a coconstrução da autonomia do cuidado da pessoa com diabetes, por meio das reflexões dos usuários diabéticos e profissionais de saúde de uma equipe de ambulatório especializado público, localizado num município de médio porte no sul do Brasil. Os dados foram coletados por intermédio de entrevistas semiestruturadas de pessoas com diabetes, profissionais de saúde e uma Roda de Conversa com os profissionais sobre as falas destes usuários. Os dados obtidos foram submetidos à análise de conteúdo, especificamente, a análise temática. A escuta, a clínica ampliada e a cogestão se afirmaram como estratégias potentes para compreender o viver e o lidar com diabetes como um processo singular e compartilhado entre adoecidos e profissionais de saúde, onde a doença faça parte da vida e não a vida parte da doença.

Palavras-chave: Coconstrução. Diabetes mellitus. Autonomia. Cuidado. Clínica ampliada.

^(a) Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de São Bento do Sul. Rua Padre Fidelis Tomelin, 10. São Bento do Sul, SC, Brasil. 89280-430. rosileiweiss@uol.com.br

^(b) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. edisonb@fcm.unicamp.br

Introdução

A prevalência de doenças crônicas não transmissíveis tem aumentado no mundo todo e no Brasil. Segundo o Ministério da Saúde¹, a prevalência de diabetes apresenta um crescimento contínuo, com 5,5% em 2006 e 6,9% em 2013, com elevação conforme a idade, atingindo mais de 20% das pessoas acima de 65 anos. A Federação Internacional de Diabetes (IDF)² estima prevalência de diabetes em 6,5% da população de vinte a 79 anos.

A diabetes mellitus (DM)³ faz parte de um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresentam em comum a hiperglicemia, resultante da alteração da ação ou da excreção da insulina pelo pâncreas de forma parcial ou total, que irão classificar os tipos de diabetes, de acordo com a sua etiologia, em: DM 1, DM 2, diabetes gestacional e outros tipos específicos. Também há duas categorias classificadas como pré-diabetes: a glicemia de jejum alterada e a intolerância à glicose.

As complicações relacionadas à DM podem ser agudas, como a hipoglicemia e a hiperglicemia; e crônicas, como alterações microvasculares, macrovasculares e neuropáticas⁴, o que gera impacto direto na qualidade de vida da pessoa com diabetes. O tratamento é voltado para a manutenção das taxas glicêmicas^{3,5} o mais próximo dos padrões de normalidade estabelecidos, por meio da associação de medicamentos orais e/ou insulinas, automonitoramento glicêmico, adequação da alimentação e atividades físicas regulares. Podem variar conforme o caso clínico, mas caracterizam o enfoque dado pelos profissionais de saúde na formulação do plano terapêutico.

No atendimento diário, percebe-se a singularidade da adaptação dos usuários após o diagnóstico de diabetes, pelo contexto adverso e controlador da mudança em sua vida, com cuidados relacionados à patologia, contato com serviços de saúde, variabilidade da doença e mudança da necessidade de cuidado ao longo do tempo.

É inegável que os avanços científicos levaram à melhoria do manejo da DM ao longo dos anos, desde a descoberta da insulina, com avanços tecnológicos em relação a dispositivos de aplicação, monitoramento e tempo de ação dos medicamentos, contribuindo, inclusive, para o aumento da expectativa de vida dos diabéticos.

Contudo a abordagem exclusivamente biomédica, classificada por Campos⁶ como a Clínica Oficial, hegemônica na maioria dos serviços de saúde brasileiros, tem conduzido a práticas com um enfoque muito prescritivo da adesão ou não ao tratamento. Cabendo ao adoecido, com frequência, seguir o que está sendo instituído, sem espaço para dialogar e pactuar, com o profissional à sua frente, um plano terapêutico que seja significativo para sua vida, aprendendo a lidar e conviver com a diabetes.

Na proposta de Campos⁶, não se trata de achar um método que a substitua, e sim enfrentar os nós críticos da Clínica Oficial para poder reformulá-la, tornando-a uma Clínica Ampliada, inserindo novos modos de saber-fazer e com relações mais democráticas entre os profissionais de saúde e os usuários, entre os próprios profissionais de saúde e, também, com a gestão. É essencial enxergar o outro como sujeito, não de um modo simplificado, mas de uma maneira em que a singularidade dos sujeitos possibilite a criação de arranjos mais potentes na busca da integralidade do cuidado.

O conceito de sujeito⁶⁻⁹ pode ser definido como o ser que conhece, multifacetado, singular, com potencial espírito crítico e protagonista de sua própria existência. Campos⁶ reforça a influência do meio e da capacidade de o sujeito modificar sua realidade “mediante processos de análise e de intervenção sobre estes fatores” (p. 25), podendo estar inseridos nos planos conscientes ou inconscientes, vinculados ao “plano biológico, de desejos, interesses, necessidades sociais e das instituições” (p. 49) por onde este sujeito transita.

A subjetividade¹⁰⁻¹² presente na relação com o outro, refere-se à maneira pela qual os indivíduos conseguem dar vazão, expressar estes planos, podendo ser entendida como o mundo interno dos seres humanos, compreendendo: seu modo de pensar, os significados, emoções e sentimentos, a influência da sua trajetória e do meio em que está inserido.

Campos⁶ define singularidade como “os modos de ser e de agir, bem como os de construir, tudo misturado, onde o sujeito vive imerso e ele é em função destes planos sobre ele e ele se singulariza interferindo nestes planos” (p. 50).

Em relação à clínica, entende-se que o modelo hegemônico privilegia o controle sobre os pacientes, desconsiderando sua subjetividade, singularidade e crenças em relação à doença, passando a considerar apenas os aspectos objetivos de suas falas, para obter o diagnóstico da doença e estabelecer a terapêutica^{6,13}.

Além de Campos^{6,14}, as propostas de Cecílio¹⁵ em relação às dimensões do cuidado e de Merhy¹⁶, com o trabalho vivo em ato tornam necessário repensar as práticas instituídas, em especial, nas doenças crônicas, que geram a necessidade de cuidados longitudinais. A doença crônica pode ser definida como um conceito biomédico utilizado para designar problemas de saúde incuráveis ou de longa duração, responsável por colocar limites orgânicos para o indivíduo doente e técnicos para os profissionais de saúde¹⁷.

Ao considerar os aspectos de representação social na construção do conceito de doença, Palmeira¹⁸ afirma que ela é “compreendida e relatada pelos diversos atores sociais em contextos diferentes, tornando-se importante destacar que há diferenças entre o processo biológico da doença, a compreensão e sensações individuais deste itinerário e a construção social desta situação de saúde” (p. 99).

No processo de produção de autonomia nos coletivos e nos indivíduos, analisando o conceito em sua interface com a saúde coletiva^{9,19,20} e a subjetividade, observa-se que é vinculado a capacidade dos sujeitos “de apropriação pela reflexividade”¹⁹ (p. 835), pela experiência e “capacidade de transformá-la a partir de projetos coletivos, construídos eticamente com outros sujeitos”¹⁹ (p. 9-10). A amplitude da autonomia relaciona-se a gradientes passíveis de terem seus limites tensionados, pois, como vivemos em um coletivo, sempre haverá um grau de dependência em relação a ‘algo ou alguém’²⁰. Assume-se, para a realização deste trabalho, o conceito proposto por Campos e Onocko Campos²⁰:

[...] entendemos autonomia como a capacidade do sujeito de lidar com a sua rede de dependências. [...] um processo de coconstituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos. (p. 720)

A coconstrução, como abordagem na área da pedagogia e sua interface com a saúde coletiva, procura integrar elementos cognitivos e sociais²¹ nos processos de interação entre indivíduos e/ou grupos. Na saúde coletiva, a coconstrução assume a conotação de trabalho conjunto, construído com o outro, podendo ser este outro a pessoa ou o usuário em busca de atendimento; com o outro colega profissional da saúde; com a equipe de saúde; com a gestão local, que pode ter como objetivo o cuidado.

Para Campos e Onocko Campos²⁰, a coconstrução de autonomia, além de produzir saúde, deve coproduzir sujeitos. Assim, é fundamental que os profissionais de saúde, neste processo, sejam considerados como sujeitos singulares e possam produzir ações de saúde que sejam significativas para eles, conforme Campos⁶, produzindo de modo simultâneo à coprodução de sujeitos (agente da produção) e do coletivo organizado (equipe de saúde), tudo junto e misturado, produzindo valores de uso^(c) para as pessoas que procuram o serviço, por meio da clínica ampliada e compartilhada, reforçando o papel de sujeitos e, com isto, articulando o próprio sujeito (profissional) com o usuário e com o Coletivo Organizado (a equipe de trabalho), para se coproduzir permanentemente, acreditando na formação integral do ser humano¹⁴.

^(c) Valores de uso: Inicialmente, utilizado por Marx, onde cada mercadoria teria um valor de troca e um valor de uso. Para Campos⁶, o significado se amplia para o sentido do resultado do trabalho em geral, tanto os bens produzidos nos sistemas, como o valor de uso em relação à capacidade de atender as necessidades sociais.

Neste contexto, a coconstrução da autonomia do cuidado em diabetes se desenha considerando a subjetividade do sujeito em lidar e conviver com a doença como um processo singular, onde o profissional de saúde desempenha um papel de intermediação entre o conhecimento científico e as necessidades daquele sujeito, na construção de um plano terapêutico significativo dentro do projeto de vida do outro, tanto para o adoecido, como significativo para o profissional e a equipe.

Trajatória metodológica

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada num ambulatório público especializado de São Bento do Sul – SC. Foi constituída amostra intencional de oito pessoas com diabetes que utilizavam este serviço e cinco profissionais de saúde que faziam parte da equipe de atendimento.

Os critérios de inclusão no estudo para as pessoas com diabetes foram: ter condições físicas, emocionais ou cognitivas de compreensão das questões elencadas, utilizar insulina e automonitoramento glicêmico diariamente; ter perfis diferentes em relação ao tipo de diabetes, idade, sexo, perfil de controle, tempo de diagnóstico e ter ou não complicações crônicas. Com relação aos profissionais de saúde, todos os profissionais foram convidados a participar. Apenas uma não quis participar e a outra estava desenvolvendo este estudo.

A coleta de dados ocorreu entre abril e novembro de 2014, sendo realizada pela pesquisadora, para o desenvolvimento da dissertação de conclusão do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Gestão e Políticas Públicas, da Unicamp. A seleção dos participantes ocorreu durante o desenvolvimento das atividades no referido ambulatório, com o convite para pessoas com diabetes com o perfil desejado e para os profissionais que atuavam no serviço. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com a gravação das interações, em ambiente reservado. Após a transcrição e análise inicial das falas das pessoas com diabetes, foi realizada uma Roda de Conversa⁶ com os profissionais de saúde, a respeito das percepções que a equipe tinha em relação às falas.

Os roteiros das entrevistas foram distintos para profissionais e pessoas com diabetes, destacando-se o intuito de compreender o significado de temas semelhantes para estes públicos específicos, por meio de falas sobre: o adoecimento, o viver com diabetes, o lidar com os diversos dispositivos terapêuticos relacionados a esta patologia, a autonomia do cuidado, as inter-relações entre as pessoas envolvidas neste processo e a importância da educação em saúde.

Dentro das abordagens das pesquisas qualitativas, optou-se pela análise de conteúdo, em especial, a análise temática proposta por Minayo²², com referenciais de Bardin e outros autores na apreciação dos dados.

A discussão dos resultados foi realizada por intermédio da análise das informações obtidas pelas entrevistas semiestruturadas com as pessoas com diabetes, com os profissionais de saúde e das percepções vinculadas à roda de conversa sobre as falas dos adoecidos.

Resultados

Para entender o processo de adoecimento, a escuta da narrativa de cada sujeito sobre a sua experiência de vida e a interface com o adoecimento, tem como objetivo explicitar esta singularidade, apoiando o desenvolvimento da autonomia e ressignificando aspectos da vida.

Neste contexto, as falas remetem a uma situação de ruptura entre o conhecido e a normalidade, a possibilidade de viver sem limites seus desejos e vontades, em relação à comida, bebida e convívio social, para uma situação de estranhamento, insegurança, pensamentos sobre a imposição de limites e limitações na vida, isolamento social, perceber ou não os sinais físicos da doença, a dificuldade de aceitação e convívio com esta mudança.

O sofrimento psíquico relatado acentua-se na fase de diagnóstico e ao vivenciar as complicações da doença. O tempo de adaptação decorrente da imposição das mudanças mostrou-se muito variável, desde algumas horas até vários anos, mobilizando recursos internos e externos para o seu enfrentamento.

Neste sentido, entende-se como significativos os estudos relacionados ao grau de resiliência^{23,24} maior em pessoas que enfrentam de uma forma construtiva a doença, as mudanças decorrentes dela e a classificação de estágios psicológicos relacionados à adaptação para a mudança²⁵.

Independente das estratégias utilizadas, o primordial é manter a percepção sobre a conexão entre a doença e a vida do sujeito. Este processo poderá variar ao longo do tempo, entendendo que a singularidade dele é essencial para definir as possibilidades de cuidado, não com modelos fechados a serem instituídos, e sim como possibilidades de construção.

A empatia, para os profissionais de saúde, surgiu trabalhando com esta realidade, partilhando práticas com outros profissionais, experiências pessoais ou de familiares com o diagnóstico e de vivenciar a diabetes gestacional. Mas o reconhecimento do sofrimento gerado pelo adoecimento ainda é incipiente em suas falas, reproduzindo o enfoque biomédico com maior ênfase. Reforçam os cuidados relacionados ao corpo físico, a disposição para mudança, os hábitos de vida e a avaliação quantitativa de indicadores.

As dificuldades de conviver com a diabetes referem-se às medidas terapêuticas, como a realização do automonitoramento e a adaptação à rotina exigida, vinculada às demandas da vida. Um dos profissionais também resolveu experimentar o automonitoramento e aplicação de insulinas para criar a sua percepção de dor em relação aos procedimentos.

No decorrer das falas, surgem outras percepções sobre o adoecimento e seus desdobramentos, como: a ruptura do conhecido e o restabelecimento da normalidade, a necessidade de adaptação a novos conhecimentos e habilidades, o medo da doença e da morte, refletindo a singularidade do sujeito e a intersubjetividade presente.

Quando as pessoas com diabetes foram instigadas a relatar os desafios de viver e lidar com esta doença, o intuito era verificar o impacto nas atividades diárias, com enfoque nas medidas terapêuticas, mas deixando a fala livre para o que julgassem pertinente.

Nestas falas, as medidas terapêuticas, como aplicação de insulina, automonitoramento, atividade física e alimentação foram citadas, sendo que algumas de modo inusitado: “a questão de aplicar a insulina e fazer o exame do dedo, isso é tranquilo”, “por isso, a rotina que o diabético tem, do medicamento, de fazer os testes, isto eu achava que seria complicado, mas eu sei que foi a mais fácil de eu me adaptar”. E outras falas reforçam que estes cuidados podem ser incorporados à rotina após algum tempo realizando-os.

A atividade física regular foi colocada como um desafio maior em algumas falas. Em outras, que mesmo associadas às complicações, como perda de visão, amputação e risco de hipoglicemia, foi possível aprender como manejar a situação e realizá-la.

Em diversas citações, as mudanças relacionadas à alimentação surgem como um dos principais desafios enfrentados. Referem-se à conotação de privação, restrições, reforçar o diferente quando a família não compartilha os cuidados, ou de conviver socialmente, com a transformação de alimentos como massas e pães em açúcares e o prazer associado à comida. Algumas falas dos adoecidos também apontam a alimentação como uma situação resolvida, por meio da experiência e do conhecimento adquirido, focando numa alimentação mais saudável e moderada.

Quando estas falas foram levadas à roda de conversa, geraram estranhamento por parte dos profissionais, pois não condizem com o que mais impactaria para eles em ter diabetes.

Uma das profissionais acredita que ainda ocorram muitos mitos em relação à alimentação dos diabéticos, por hábitos culturais equivocados. Entendemos que os hábitos culturais são um dos aspectos da abordagem sobre mudanças alimentares, para adequação entre o biomédico e o singular.

Os demais profissionais discutiram, empiricamente, os motivos pelos quais a alimentação teve uma expressão tão frequente nas falas dos adoecidos, como: a exigência de disciplina, privação de certos alimentos, convívio social, obtenção de prazer e exercer a função de ‘válvula de escape’ para o alívio de diversas angústias. Foi pontuado que, mesmo dentro do grupo dos profissionais de saúde, onde há o conhecimento dos benefícios da alimentação saudável, no momento de fazer as escolhas pessoais, optar pelo saudável e moderado não é confortável para todos.

Cyrino⁵ classificou em seu estudo este tema como o “mais difícil de lidar” (p. 197), em diversos campos, apontando esta “como uma das dimensões mais relevantes para o cuidado de si” (p. 197),

em relação à DM2, pois a principal dificuldade deles é “nunca mais poder comer e beber normalmente como todos os outros” (p. 196).

É importante ressaltar que o impacto na vida das pessoas em ter uma doença crônica, em geral, não é alcançado facilmente pelos profissionais de saúde, pela amplitude do contexto. Os adoecidos referiram: as mudanças impostas pelo adoecimento, por complicações agudas e crônicas, internações, mudança na vida profissional/produziva, dependência nas atividades de vida diária, mudanças na vida sexual, sofrimento psíquico associado ao controle dos familiares, e sobrecarga de funções para a família por lidar com um membro adoecido, contar para os outros sobre ter diabetes, medo de hipoglicemias, medo da morte e a depressão.

Ocorreram falas indiretas sobre o consumo de álcool e o tabagismo, associados ao diagnóstico e tratamento da diabetes. E que a manutenção da rotina vinculada ao tratamento da diabetes é monótona, repetitiva e enfadonha, o que entendem como um dificultador para a realização do autocuidado.

Outras falas pontuam a adaptação, mas reconhecem que seria melhor não conviver com a situação de adoecimento. Também associam o tempo em que lidam com as medidas terapêuticas e o adoecimento como necessário para esta adaptação.

Na análise entre as falas dos profissionais com os adoecidos, elas não condizem de modo contundente sobre as maiores dificuldades que eles percebem. O que ressalta a importância de perguntar ao outro o que o afeta, pois a singularidade e a subjetividade pertencem a cada indivíduo, não competindo ao profissional de saúde inferir o significado que a situação tem para cada sujeito.

As doenças crônicas pressupõem um cuidado longitudinal que gera, para os usuários, a necessidade de manterem contato com os profissionais de saúde por um período muito longo, com frequência variável de interação e da intensidade dos cuidados.

Por outro lado, os profissionais de saúde acreditam conhecer esta clientela e instituem certo controle sobre esta população de risco. Esse controle quase sempre está centrado nas ações sobre a patologia e nas complicações de longo prazo.

Questionaram-se as pessoas com diabetes sobre sua relação com os profissionais de saúde e como tomam a decisão de seguimento ou não das propostas terapêuticas. Abordaram fatos atuais e de sua trajetória de vida. Em todas as respostas, houve referências ao atendimento médico, de diversas especialidades, sendo citados de forma pontual: o nutricionista, fisioterapeuta, cirurgião-dentista e profissionais de enfermagem.

As situações negativas na inter-relação remetem ao diagnóstico, pela falta de sensibilidade em relação ao seu sofrimento e na adesão pelo medo. Nos demais momentos, pela falta de diálogo, pouco contato com o profissional médico, percepção de ser culpabilizado pelos resultados, foco apenas nas questões biológicas e necessidade de perceber que aquele profissional à sua frente esteja realmente interessado em ajudar.

No relato de experiências positivas, a percepção pelos usuários sinaliza: acolhimento, escuta, cuidado, fluxos de afetos positivos, vínculos e relações de respeito com o outro.

Os adoecidos decidem sobre o seguimento ou não das orientações recebidas, por meio da busca de informações, autopercepção dos efeitos da doença e dos hábitos em seu organismo, crença de que a informação dada pelos profissionais os auxilia na manutenção de sua saúde, amor à vida, manutenção da convivência familiar, e aproveitar uma segunda chance de viver cuidando melhor de sua saúde.

Em algumas respostas, não houve clareza sobre o que foi questionado. Considerando a interação com a pessoa com diabetes e os dados tradicionais em relação ao controle da patologia, pode-se dizer que o controle da doença, neste caso, não é efetivo. Acredita-se que é necessário o próprio usuário elaborar esta questão.

As falas expõem as fragilidades e potencialidades que o encontro terapêutico tem ou pode ter. Parte das falas onde a percepção dos usuários era negativa foi levada para a roda de conversa. A reflexão foi instigada em relação à escuta qualificada do adoecido. Questionou-se sobre a abertura para ouvir o outro e em como esta atitude influencia a fala do outro. Os profissionais demonstraram certa autocrítica ao reconhecerem algumas situações que aconteceram em seu cotidiano, sendo apontando como maior dificultador da escuta a falta de tempo durante o atendimento e o volume de

peessoas a serem atendidas no serviço. Relatam preocupação e empenho por melhorar os processos de saber-fazer e da necessidade de revisão de práticas instituídas no serviço.

Em suas falas, os profissionais reforçaram que a escuta é muito significativa para a sua prática clínica, compartilharam estratégias pessoais para sua ampliação, desde a priorização dentro da consulta do que é urgente clinicamente, mantendo a escuta e solicitando um retorno mais breve; e em como o acesso às anotações e as percepções dos outros profissionais (prontuário eletrônico) tem permitido olhar o adoecido de uma maneira ampliada, valorizando as percepções de todos os profissionais da equipe.

As percepções singulares sobre o usuário, compartilhadas entre a equipe, podem potencializar o cuidado, como representado na seguinte fala:

“Sugiro você abrir mais espaço para o paciente falar, para você ter a tua percepção do paciente. Porque às vezes a percepção que a enfermeira tem é diferente da minha, ela interpreta uma coisa e eu interpreto bem outra. Não quer dizer que ela está certa ou eu estou certa... Às vezes a gente consegue lançar uma terceira estratégia, que a gente discutiu, que não é nem a minha estratégia inicial, nem a dela e surge uma terceira hipótese mesclando as coisas”.

É importante ressaltar como a dimensão profissional deste encontro é singular, porque, nas falas, o vínculo formado entre as pessoas, profissionais e usuários é permeado pelas subjetividades e intersubjetividades, que tornam esse encontro único, em todos os momentos em que se abre espaço para que ele aconteça.

Quando questionados em relação ao insucesso terapêutico, a palavra mais frequente dos profissionais foi frustração, em relação ao usuário, mas, também, ao seu desempenho, associada a sentimentos como culpa por acreditar que não está realizando um bom trabalho, onde estão falhando e a impotência perante a situação.

Na roda de conversa, quando foi abordada a frustração como controle e responsabilização pelo paciente, enquanto parte do arcabouço que recebemos em nossa formação profissional, pela relação de poder “em que cada um procura dirigir a conduta do outro”²⁶ (p. 3), houve incômodos no grupo. Uma fala torna-se representativa, pois pontua que a vivência profissional tem provocado mudanças no seu modo de saber-fazer, aprendendo a não se responsabilizar pelas atitudes do outro. Mas ainda demonstra inquietações, como a dificuldade em aceitar que o adoecido tem o seu tempo para fazer ou não as mudanças sugeridas.

A falta de negociação das medidas terapêuticas com o usuário pode ser um dos motivos da frustração, pois a responsabilidade acaba não sendo compartilhada. É necessário repensar a relação com o usuário e o processo de trabalho, pois a insatisfação vai provocando indiferença como uma forma de autoproteção, auxiliando na degradação da clínica.

Surgem falas relacionadas ao julgamento de valor pelos profissionais de saúde, em situações em que há incoerência entre a fala dos usuários e os resultados apresentados ou por não estarem abertos às mudanças.

No sucesso terapêutico, os afetos positivos se sobressaem enquanto satisfação pessoal, realização, alegria, apego, felicidade, reações de incentivo, congratulações e valorização dos resultados. As falas também demonstram que os profissionais se sentem parte desse sucesso, valorizando a conquista do usuário, o que corrobora para a motivação da equipe. Considera-se necessária a reflexão da equipe em relação à polaridade presente nas falas, onde os espaços coletivos de trocas podem ser uma das estratégias de intervenção.

Os profissionais conceituam bons resultados em relação ao tratamento, sempre na perspectiva do conhecimento biomédico, com amplitudes distintas e muito presentes as metas estabelecidas pelos profissionais médicos. Há uma fala em relação ao conhecimento a ser adquirido para que o usuário faça as suas escolhas com mais segurança, e outra em que, além da meta glicêmica ideal, seja valorizada a melhora apresentada. Em nenhuma das falas, há correlação com o questionamento aos usuários sobre o que são bons resultados para eles.

Sobre a segurança para lidar com os diabéticos, os profissionais de enfermagem que têm menos tempo de formação e vivência com o serviço especializado, relataram situações de insegurança, em

relação ao conhecimento científico relacionado à patologia e sua percepção sobre as reações do adoecido.

Na roda de conversa, sobre as falas relacionadas ao poder existente entre profissionais e pacientes, houve a sinalização de momentos de insegurança em relação a extrapolar os limites da relação entre o médico e o usuário na interferência em sua vida pessoal e na responsabilidade profissional em não cometer erros.

Para haver a coconstrução do cuidado, a abertura dos profissionais de saúde em relação à opinião dos adoecidos ou de seus cuidadores no plano terapêutico é indispensável. Parte das falas dos profissionais de saúde admite ser essencial esta participação, outra pontua que a maioria dos adoecidos não negocia o tratamento e fala das estratégias que tenta utilizar para que haja participação; e outra que acredita que seja papel do médico a decisão sobre o tratamento.

Na roda de conversa, foi utilizada a expressão 'expectativas do paciente' para abordar a escuta qualificada, dos desejos e interesses significativos para o sujeito naquele momento da sua vida e da sua doença. Houve um momento de silêncio, sendo quebrado pela fala de uma das profissionais, onde refere esta tentativa de abordagem quando percebe que seu modo de fazer habitual não gerou resultados.

Outro profissional relatou uma situação em que a escuta levou à adaptação do esquema terapêutico inicialmente prescrito. Se fosse mantido o instituído, sem ouvir os interesses do adoecido, o cuidado não teria evoluído. A ampliação da escuta proporcionou a adequação do cuidado de uma maneira significativa para o usuário, onde a explicação e negociação de parte do esquema terapêutico resultaram na construção de compromissos entre os envolvidos e, inicialmente, com ganhos terapêuticos, pois houve a manutenção do acordado e melhora clínica.

Por meio desta narrativa, foi reforçada com os profissionais de saúde a possibilidade de ampliação dos resultados terapêuticos, por meio da negociação e pactuação das metas com os usuários e que os compromissos são mais importantes que as medidas de controle do outro.

As falas das pessoas com diabetes sobre possuir autonomia, em sua maioria, são afirmativas e relacionadas à capacidade de realização dos cuidados vinculados à doença, às atividades de vida diária e seus projetos de vida. Os motivos que foram considerados relevantes para exercê-la foram: o autoconhecimento, a motivação, a busca de informações, a necessidade de conhecer com o que está lidando, o aprendizado contínuo, a experiência, a capacidade de adaptação e o medo das complicações.

Nas falas em que a autonomia em relação à patologia ainda não está consolidada, os dificultadores apontados foram: a mudança de hábitos, as privações de alimentos, a insegurança, o esquecimento em relação aos cuidados como aplicação da insulina, a paciência com si mesmo, a consciência dos prejuízos que ela pode trazer para a vida e a mudança na alimentação.

Em relação a limitações/dependência percebidas, há falas em que a patologia não os limita em nada; outras citam o automonitoramento e a aplicação de insulina pela frequência de aplicação. No DM1, os jovens não consideram a possibilidade de dependência na vida deles. Ocorreram falas distintas em relação à alimentação, sendo uma cerceadora do desejo de se alimentar como quiser e na quantidade que quiser. A outra, que por meio dos cuidados alimentares decorrentes da diabetes, permitiu que ela controlasse sua vontade de comer sem controle. Surgiram falas sobre a diminuição do poder sobre si ao não poder dirigir um carro que não seja adaptado pelo uso da prótese e a aposentadoria precoce em virtude do risco de acidentes de trabalho pela hipoglicemia.

A autonomia aparece nas falas em graus variáveis, em como as pessoas lidam com sua rede de dependências de um modo singular, para poderem realizar seus projetos e tocar a sua vida apesar da doença. A fala de um dos entrevistados aborda a necessidade de deixar cada pessoa assumir as suas escolhas.

A percepção dos profissionais em relação ao conceito de autonomia está focada na independência, no poder de escolha, ter o controle sobre o que eu faço ou possuo, em não depender de outra pessoa para o seu autocuidado e nas suas atividades diárias.

Falas, enquanto autonomia vinculada a situações específicas de autocuidado²⁷, são tranquilamente aceitas pelos profissionais de saúde. Porém, em relação às escolhas do plano terapêutico, a

preocupação que transparece é se estas escolhas serão subsidiadas com informações consideradas seguras, como: o conhecimento científico, a consciência e a capacidade cognitiva. Uma das falas traz a heteronomia, considerando que os indivíduos têm dificuldades para manter o controle sem o outro. Com a discussão evoluindo em relação a ser mais do que a execução da prescrição dos profissionais de saúde, pois a vivência profissional sinaliza que as abordagens verticalizadas e uniformizadas não bastam para gerar resultados que impactam na vida das pessoas. Mas não é unânime.

A fala de uma das profissionais conceitua a autonomia vinculada ao conhecimento da pessoa sobre a doença, dominando os recursos terapêuticos disponíveis para aperfeiçoar seu uso, sendo o profissional de saúde apenas um apoiador em relação aos cuidados, e como responsável pela avaliação clínica "... é ele voar sozinho, conseguir gerenciar o seu tratamento, otimizando o que ele está fazendo...".

As disparidades nas falas entre os profissionais giram em torno da possibilidade de, gradativamente, ir ampliando a construção da autonomia do adoecido, conforme ele vai se apropriando dos cuidados. Por outro lado, mostra certo juízo de valor sobre a capacidade das pessoas de superarem suas limitações ou de fazerem suas próprias escolhas e construir uma nova abordagem em que aquele cuidado seja singular.

Na análise entre as falas das pessoas com diabetes e dos profissionais de saúde, a vivência da autonomia pelos pacientes se apresenta de uma maneira muito mais leve do que as disposições teóricas dos profissionais, que podem estar vinculadas, consciente ou inconscientemente, ao receio dos profissionais em ter uma abordagem mais democrática com o adoecido.

Na Educação em Diabetes, o que é significativo para os adoecidos são grupos onde seja possível a troca de experiências e construção de saberes, pois eles têm interesse em aprender a lidar com as suas dificuldades em relação à patologia com a qual precisam conviver. Os profissionais de saúde ainda mantêm um discurso inicial focado em todos os conhecimentos biomédicos que são necessários para as pessoas aprenderem em relação à doença, mas, também, concordam com grupos menores, em que a troca de experiências e vivências tem um potencial maior de coconstrução. A busca de conhecimento pela internet é cada vez mais frequente entre profissionais e usuários.

Conclusões

Conforme este trabalho foi se desenvolvendo, tornaram-se mais claras a complexidade e a singularidade do processo de adoecer e vivenciar uma doença crônica; como é desafiador tanto para as pessoas que adoecem, como para os profissionais de saúde, lidar com a situação. Por outro lado, a certeza de que as abordagens biomédicas, pela redução da situação apenas sob um enfoque, não são suficientes para que as pessoas possam assumir o controle de suas vidas, apesar da doença.

O desafio é tornar a clínica de fato ampliada, transformando os modos de saber-fazer, sobretudo, enxergando o outro como um sujeito dotado de subjetividade, em que a escuta e a negociação de um plano terapêutico que faça sentido para o adoecido na sua vida, seja o objetivo do cuidado e da práxis, muito mais do que a adesão às recomendações dos profissionais de saúde, tornando a doença um dos aspectos da vida desta pessoa, não o principal.

O trabalho permitiu que a equipe vivenciasse um processo de mudança, ampliando a clínica e compartilhando, sobretudo com os outros profissionais da equipe, os vínculos e afetos, para melhoria do entrosamento entre a equipe e, em consequência, chegar à construção do cuidado com o usuário. Mas ainda é necessário lidar melhor com a máxima de que as escolhas são singulares, onde o papel do profissional é orientar e apoiar essas escolhas.

Acreditamos que seja necessário investir na coconstrução da autonomia da equipe e dos profissionais de saúde por meio da cogestão, para atingir a coconstrução da autonomia para as pessoas com diabetes, num efeito semelhante a círculos concêntricos em um lago, com mais intensidade em seu centro até atingir todo o campo a sua volta.

Colaboradores

Rosilei Teresinha Weiss Baade participou da elaboração, execução, discussão e revisão da versão final do trabalho. Edison Bueno participou da discussão, revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2013 - Vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico [Internet]. 2013 [acesso 2014 Maio 5]. Disponível em: http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/.../vigitel_2013
2. International Diabetes Federation. IDF Atlas 5a ed 2012 update [Internet]. 2013 [acesso 2013 Dez 3]. Disponível em: <http://www.idf.org>
3. Oliveira JEP, Vencio S, organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.
4. Grossi SSA, Pascali MP, organizadores. Cuidados de enfermagem em Diabetes Mellitus. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica; 2009.
5. Cyrino AP. Entre a ciência e a experiência: uma cartografia do autocuidado no diabetes. São Paulo: Ed. Unesp; 2009.
6. Campos GWS. Um método para análise e cogestão 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.
7. Dicionário on line em português [Internet] [acesso 2014 Dez 4]. Disponível em: <http://www.dicio.com.br>
8. Campos GWS. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre o sujeito, o mundo e a vida. Trab Educ Saude. 2006; 4(1):19-31.
9. Ferreira Neto JL, Kind L, Pereira AB, Rezende MCC, Fernandes ML. Uso da noção de subjetividade na saúde coletiva. Cad Saude Publica. 2011; 27(5):831-42.
10. Michaelis. Moderno dicionário da língua portuguesa. São Paulo: Melhoramentos; 1998.
11. Marcondes HE, Japiassú D. Dicionário básico de filosofia [Internet]. 2008 [acesso 2013 Dez 3]. Disponível em: <https://sbgdicionariodefilosofia/system/app/pages/search?scope=search-site&q=subjetividade>
12. Crochick JL. Os desafios atuais do estudo da subjetividade na psicologia. [Internet]. Psicol USP. 1998; 9(2) [acesso 2014 Set 30]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65641998000200003>
13. Tesser CD. A medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface (Botucatu). 2006; 10(19):61-76.
14. Campos GWS. Saúde Paidéia. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2003.
15. Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Loen Tóstoi: elementos para se pensar as múltiplas dimensões do cuidado. Interface (Botucatu). 2009; 13(1):545-55.
16. Merhy EE. Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas; 1998.
17. Castellanos MEP, Barros NF, Motta JC. Resenha de Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. Cienc Saude Colet. 2008; 13 Supl 2:2309-11.

18. Palmeira AT. Representações sociais de doença crônica: um estudo qualitativo com pessoas com diagnóstico de insuficiência renal ou dor crônica [dissertação]. Salvador (BA):Universidade Federal da Bahia; 2009.
19. Passos ICF. A construção da autonomia social e psíquica no pensamento de Cornelius Castoriadis. *Pesqui Prat Psicós.* 2006; 1(1):1-10.
20. Campos GWS, Onocko Campos RT. Coconstrução de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos GWS, Minayo MCS, Bonfim JRA, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva.* 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2012. p. 719-38.
21. Costa PP. Estudo do processo de coconstrução de conhecimento em um contexto de ensino fundamentado na modelagem [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.
22. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
23. Tavares BC, Barreto FA, Lodetti ML, Silva DMG, Lessmann JC. Resiliência de pessoas com diabetes mellitus. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20(4):751-7.
24. Boell JEW. Resiliência de pessoas com doenças crônicas: diabetes mellitus e doença renal crônica terminal [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2013.
25. Cavalcanti AM, Oliveira ACL, organizadores. *Autocuidado apoiado: manual do profissional de saúde.* Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.
26. Carvalho SR. Foucault: sobrevoo sobre a produção. Campinas: Unicamp; 2013. (Aula da disciplina de Gestão e Subjetividade, MPSC)
27. Silval J, Oliveira MFV, Silva SED, Polaro SHI, Radunz VR, Santos EKA, et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2009; 43(3):697-703.

Baade RTW, Bueno E. Co-construcción de la autonomía del cuidado de la persona con diabetes. *Interface (Botucatu).* 2016; 20(59):941-51.

Se trata de una investigación cualitativa sobre la co-construcción de la autonomía de la persona con diabetes por medio de las reflexiones de los usuarios diabéticos y profesionales de la salud de un equipo de una clínica pública especializada, ubicada en un municipio de tamaño medio en el sur de Brasil. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas a personas con diabetes, profesionales de la salud y una charla con profesionales sobre las narrativas de estos usuarios. El marco analítico de la presente investigación se basó en el análisis de contenido, específicamente el análisis temático. El acto de oír, la co-gestión y la clínica ampliada se colocaron como estrategias clave para entender y vivir con diabetes como un proceso singular que es posible alcanzar mediante la creación de estrategias compartidas entre los enfermos y los profesionales de salud, donde la enfermedad sea parte de la vida, y no la vida de la enfermedad.

Palabras clave: Co-construcción. Diabetes mellitus. Autonomía. Cuidado. Clínica ampliada.

Submetido em 11/03/15. Aprovado em 23/10/15.

“Mata de tristeza!”:

representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Iolanda Szabo^(a)
Elaine Reis Brandão^(b)

Szabo I, Brandão ER. “Sadness kills!”: Social representations of people who have vitiligo assisted in the pharmacy of the Federal University of Rio de Janeiro, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):953-65.

Vitiligo is characterized by white spots on the skin. During the dispensation of Methoxypsoralen, a drug used for treating it, patients reported discomfort regarding such therapy and their disease. Thus, the study has the motivation of seeking to understand the experience of being ill, using a socio-anthropological, theoretical and methodological approach. Subjects' worldview after the diagnosis of vitiligo was apprehended by interviews with UFRJ pharmacy users. The subjects tend to consider having vitiligo “a punishment”, and they feel like a target of “mockery”, “prejudice” and “discrimination”. It is a fact that vitiligo is not taken as a severe condition, and this establishes a “non-place” for the suffering of its bearers. Symbolic, emotional, and socio-cultural aspects of the disease must be taken into account, in order to improve health care for these subjects and their lives. Health professionals need to perceive vitiligo bearers beyond their “spots”.

Keywords: Vitiligo. Social representations. Qualitative research. Methoxypsoralen. Pharmaceutical care.

Vitiligo é caracterizado por manchas brancas na pele. Na dispensação do metoxisaleno utilizado para tratá-lo, na Farmácia Universitária/UFRJ, os portadores relatavam mal-estares devido à terapia e à doença. A busca pela compreensão da experiência do adoecer conduziu este estudo que adota perspectiva teórico-metodológica socioantropológica. A apreensão da visão de mundo dos sujeitos foi captada em entrevistas entre usuários da FU/UFRJ. A partir do diagnóstico, os sujeitos consideram o vitiligo “um castigo”, sentem-se alvo de “chacotas”, “preconceito”, “discriminações”. A experiência da doença impõe rever seus conceitos e filiação religiosa. O fato de o vitiligo não ser concebido como doença grave estabelece um não-lugar para o sofrimento dos portadores. Aspectos simbólicos, emocionais e socioculturais que circunscrevem a doença devem ser considerados para melhorar a atenção à saúde e vida desses sujeitos. Os profissionais de saúde precisam concebê-los para além de suas “manchas”.

Palavras-chave: Vitiligo. Representações sociais. Pesquisa qualitativa. Metoxisaleno. Atenção farmacêutica.

^(a,b) Área de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Horácio Macedo, s/nº, Ilha do Fundão, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-598. iolandaszabo@iesc.ufrj.br; brandao@iesc.ufrj.br

Introdução

Vitiligo é uma doença cutânea caracterizada por áreas corporais despigmentadas variáveis na forma e no tamanho¹. Ocorre nas áreas fotoexpostas, como: face, dorso das mãos, sobrelhas, cílios, pelos pubianos e ao redor de orifícios corporais². No vitiligo, há perda dos melanócitos, produtores da melanina que protege a pele contra os raios ultravioleta.

Vitiligo acomete todas as raças, ambos os sexos com igual prevalência, e aparece em qualquer idade^{2,3}. Estima-se que 1-2% da população mundial seja afetada por essa doença, para a qual não existe cura efetiva⁴.

No Brasil, o Censo Nacional da Sociedade Brasileira de Dermatologia⁵, em 2006, mostrou que essa doença ocorre em 1,2% das pessoas brancas e em 1,9% das pardas/pretas, aparecendo entre as 25 doenças dermatológicas mais frequentes em todas as macrorregiões do país.

Existem vários fatores associados à etiopatogenia do vitiligo como herança — 20% dos pacientes têm parentes de primeiro grau com a doença, autoimunidade, devido à sua ocorrência concomitante com tireoidites, diabetes mellitus e alopecia areata; e fatores socioambientais. É provável que estresse, exposição solar intensa ou alguns pesticidas atuem como fatores precipitantes em indivíduos geneticamente predispostos².

A principal linha de tratamento do vitiligo visa estimular a produção de pigmento (melanina), uma vez que os melanócitos tornam-se ativos quando estimulados pela luz ultravioleta². Uma das terapias utiliza o medicamento metoxisaleno (8-metoxipsoraleno) cápsulas, administradas por via oral, acompanhado por fototerapia com raios ultravioleta A (PUVA). Essa abordagem terapêutica está disponibilizada em alguns serviços públicos de saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil.

Segundo Schneider e colaboradores⁶, a PUVA terapia consiste em controladas e repetidas induções de reações fototóxicas. Nessa, o medicamento administrado e a exposição à radiação devem ser dosados e controlados, para não provocar queimaduras ou mesmo necrose da pele.

Algumas reações adversas provocadas pelo metoxisaleno cápsulas são: náuseas, nervosismo, insônia e depressão psíquica. No uso concomitante com a fototerapia de UV-A, podem surgir: prurido, eritema, edema, tonturas, dor de cabeça, entre outras. A terapia aumenta a chance de aparecimento de carcinoma cutâneo de células escamosas, e seu uso é contraindicado em crianças menores de 12 anos^{7,8}.

Na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FU-UFRJ), durante a orientação na dispensação do metoxisaleno cápsulas aos usuários, deparei-me com o relato de alguns pacientes sobre o mal-estar que observavam ao usá-lo, o estresse cotidiano devido à doença e a não-adoção de medidas protetoras, como, por exemplo, utilização de protetor solar para minimizar a ocorrência de possíveis malefícios da terapia⁹⁻¹².

A busca pela compreensão da experiência subjetiva do adoecer, do tratamento e das diversas facetas da vida das pessoas com vitiligo estimulou este estudo. A pesquisa teve como objetivo conhecer as representações sociais dos que sofrem de vitiligo sobre sua doença e tratamento. Buscou-se compreender como o vitiligo afeta a vida cotidiana e as relações sociais e familiares desses sujeitos usuários do metoxisaleno cápsulas, como enfrentam a doença e como implementam seus projetos terapêuticos.

Metodologia

A escolha da perspectiva teórico-metodológica socioantropológica, no campo da antropologia da saúde e da doença, e o conceito de representações sociais possibilitaram compreender diversos aspectos da vida das pessoas com vitiligo. A pesquisa qualitativa prioriza o ponto de vista do sujeito e sua interpretação do mundo no qual está inserido. Assim, a realidade é apreendida por meio “dos olhos dos pesquisados”¹³.

Têm-se representações sociais como sistemas de interpretação que regem nossa relação com o mundo, orientam e organizam as formas de agir, pensar e sentir¹⁴⁻¹⁶. Para apreender a visão de mundo

dos sujeitos, o instrumento adotado foi entrevista com roteiro semiestruturado. Foram convidados a participar do estudo portadores de vitiligo, maiores de 18 anos, usuários de metoxisaleno oral, que compareceram à FU-UFRJ entre janeiro e outubro de 2012. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IESC/UFRJ, foram realizadas 16 entrevistas em sala reservada para Atenção Farmacêutica¹⁷ na FU-UFRJ, sem a presença de terceiros. O fato de o local da pesquisa ser, também, o ambiente de trabalho da pesquisadora farmacêutica foi problematizado em seu treinamento acadêmico, no momento da entrevista, e considerado na análise do material empírico, tendo em vista as circunstâncias sociais de produção dos dados.

Os temas abordados na entrevista foram: compreensão sobre a doença e tratamento; interferência da doença e do tratamento nas atividades cotidianas e sociais; vitiligo entre familiares; tempo de tratamento, relação com profissionais e serviços de saúde que utiliza. As entrevistas foram gravadas, transcritas, e observações da pesquisadora sobre o encontro registradas em diário de campo. Os entrevistados receberam pseudônimos para preservar o anonimato.

A análise de dados obedeceu à organização temática do material empírico^{18,19}, tomando-se dois eixos para interpretação dos resultados: compreensão da doença e seu tratamento e relação com os profissionais e serviços de saúde. Este artigo discute o primeiro eixo temático.

O trabalho de campo da pesquisa incluiu visitas ao Serviço de Dermatologia do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) da UFRJ, onde alguns entrevistados fazem fototerapia. Trata-se de unidade integrada ao Sistema Único de Saúde (SUS), referenciada para tratamento do vitiligo, localizada próximo à FU-UFRJ.

No Serviço de Dermatologia do HUCFF, a frequência dos portadores de vitiligo para tratamento de PUVA é de duas a três vezes por semana, em intervalos de 48 horas entre as aplicações. A literatura descreve a necessidade de, em média, duzentas a trezentas sessões para uma repigmentação de 75% da área despigmentada⁶. Em média, são prescritas quatro cápsulas de metoxisaleno 10mg/dia, três vezes por semana, para cada sujeito²⁰.

Discussão dos resultados

Os entrevistados são dez mulheres e seis homens, com idades entre 32 e 72 anos, usuários de metoxisaleno cápsulas 10 mg. Entre eles, apenas um faz fototerapia com radiação UV-B^(c), incluído pelo seu perfil social diferenciado (profissional da aviação civil, pós-graduado em Administração de Empresas), em relação aos demais informantes.

^(c) Diferentemente da PUVA terapia, a fototerapia com raios ultravioletas B (UVB) não utiliza psoralenos como metoxisaleno²⁰.

Com relação à raça/cor, nove pessoas se declararam brancas e sete, negras (pretas/pardas). Quanto à escolaridade, duas têm Ensino Fundamental incompleto, quatro o nível Fundamental, sete possuem nível Médio e três possuem nível Superior. No tocante à situação conjugal, das dez mulheres, seis são casadas, três são solteiras e uma é viúva. Os seis homens são casados. Entre os participantes, apenas uma mulher e um homem não têm filhos. Com relação à religião, a maioria se declara pertencente a religiões advindas do protestantismo, seis deles evangélicos. Há, ainda, quatro católicos e uma espírita.

Entre suas ocupações, encontramos: comerciantes, prestadores de serviços, educadores, servidores públicos e trabalhadores informais. Em 2012, quando foram contatados, a renda mensal média dos entrevistados era de R\$ 2 mil, equivalente a três salários mínimos da ocasião (R\$ 622,00).

Entre as mulheres, a metade adquiriu a doença na infância, com tempo médio de convivência de 33 anos. Entre os homens, surgiu na fase adulta, com tempo médio de convivência de 12 anos. A menor idade de aparecimento da doença entre as mulheres foi aos cinco anos, e, entre os homens, aos 22 anos de idade. O tempo de utilização do metoxisaleno cápsulas entre os entrevistados varia de um a 25 anos, sendo, em média, de nove anos entre as mulheres e de um ano entre os homens.

As demais informações sobre o perfil socioeconômico dos entrevistados podem ser visualizadas na Tabela 1.

Tabela 1. Perfil socioeconômico dos entrevistados*

Nome	Idade	Cor/Raça autodesignada	Escolaridade	Situação Conjugal	Filhos	Ocupação	Renda (R\$)
Mulheres							
Celma	36	Branca	Superior	Casada	2	Pedagoga	622
Cristiana	45	Preta/Negra	Superior com pós-graduação	Solteira	1	Servidora Pública Municipal (Enfermeira)	1500
Eline	53	Branca	Médio	Casada	2	Não exerce ocupação remunerada	8000
Luana	51	Preta/Parda	Fundamental	Solteira	1	Trabalho informal/cabeleireira	Pensão pai da filha
Luiza	56	Branca	Fundamental	Casada	3	Micro empresária (papelaria)	622
Maria Ilma	39	Morena	Médio	Solteira	0	Babá	1200
Mariana	52	Morena	Fundamental incompleto	Casada	2	Comerciante/Bar	1900
Patrícia	63	Preta/Negra	Médio	Viúva	2	Não exerce ocupação remunerada	Pensão do esposo 2500
Samira	57	Branca	Fundamental incompleto	União consensual	21	Trabalho informal/fornece quentinhas	900
Sueli	42	Branca	Médio	Casada	1	Servidora Pública Municipal (Auxiliar de creche)	2400
Homens							
Aluizio	68	Branca	Fundamental	Casado	2	Aposentado/portuário	1800
Flávio	32	Branca	Médio	Casado	0	Servidor Público Estadual (Assistente Administrativo)	1700
Gelson	65	Branca	Superior com pós-graduação	Casado	3	Aeronauta aposentado	6500
Hilton	67	Preta/Negra	Médio	Casado	3	Petroquímico aposentado	5300
Lenilson	46	Preta	Médio	Casado	2	Servidor Público Municipal (Agente de trânsito/Técnico Telefonia)	2500
Nézio	72	Branca	Fundamental	Casado	2	Trabalho informal/bordador	1900

continua

Tabela 1. continuação

Nome	Religião	Moradia Região/ Município	Portador de vitiligo (em anos)	Utiliza o metoxisaleno (em anos)	Serviço de saúde no qual se trata
Mulheres					
Celma	Evangélica	São Gonçalo	26	20	HUAP - UFF
Cristiana	Evangélica	Nova Iguaçu	20	6	HUCFF - UFRJ
Eline	Espírita	Zona norte - Rio de Janeiro	20	8	HUPE - UERJ
Luana	Assembléia de Deus	Zona norte - Rio de Janeiro	42	25	Hospital Mário Kroeff
Luiza	Adventista Sétimo dia	Nilópolis	50	1	Dermatologista - consultório privado
Maria Ilma	Católica	Nilópolis	33	4	Hospital da Gamboa
Mariana	Católica	Duque de Caxias	26	10	Hospital da Gamboa
Patrícia	Evangélica	Duque de Caxias	31	6	HUPE - UERJ
Samira	Católica	Zona norte - Rio de Janeiro	52	5	HUCFF - UFRJ
Sueli	Evangélica	Duque de Caxias	28	8	Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro
Homens					
Aluizio	Universal do Reino de Deus	Zona oeste - Rio de Janeiro	2	2	HUPE - UERJ
Flávio	Evangélico	Zona norte - Rio de Janeiro	10	1	HUCFF - UFRJ
Gelson	Grega ortodoxa	Zona norte - Rio de Janeiro	15	#	HUCFF - UFRJ
Hilton	Católico	Mesquita	37	1	HUCFF - UFRJ
Lenilson	Evangélico	São João do Meriti	4	1	Dermatologista - consultório privado
Nézio	Católico	Zona norte - Rio de Janeiro	5	1	HUCFF - UFRJ

* Todos os nomes são fictícios. # Faz fototerapia UV-B (não usa metoxisaleno)

Compreensão da doença

Um dos eixos de análise que se mostrou relevante e recorrente no material empírico foi o conhecimento/compreensão da doença e seu tratamento, destacando-se o impacto do diagnóstico e a descoberta da doença.

Na maioria das vezes, o vitiligo começa como uma “manchinha” no tornozelo, joelho, rosto, mãos ou braços. No primeiro momento, os sujeitos têm a impressão de que aquilo em nada mudará sua vida. Alguns pensam que desaparecerá espontaneamente, sem necessidade de tratamento. Outros pensam tratar-se de uma micose, um desgaste por atrito da pele ou alergia. Conversas com conhecidos e familiares podem trazer algumas pistas, fazendo-os refletir sobre a possibilidade daquela

"manchinha ser vitiligo", mas o diagnóstico definitivo é dado pelo médico. Após passarem por diversos atendimentos em serviços de saúde, descobrem que "aquilo" é, na verdade, uma doença que irá acompanhá-los pelo resto da vida. Segundo Bonet²¹, o diagnóstico da biomedicina representa a objetivação da doença, e impõe uma distinção hierárquica dentro do discurso médico. Legitima-se e reafirma-se enquanto saber autorizado sobre a doença pela inclusão do doente que passa a ter uma nova identidade. Assim, quando descobrem que têm vitiligo, uma doença sem causa e cura determinadas, esta representa um impacto desorganizador na pessoa, emergindo sentimentos de revolta, desespero, tristeza e medo. Para todos existe um antes e um depois de se saberem portadores de uma doença crônica, "feia", para a qual estão disponíveis diversas terapias, mas não há cura definitiva.

Quando recebem o diagnóstico de vitiligo, alguns não têm ideia do que se trata, outros conhecem a doença pela mídia. O momento do diagnóstico pode ainda vir acompanhado de palavras desanimadoras, como as ditas pelo médico à Samira, com cinco anos à época: "que só tinha cura quando eu morresse". Difícil ouvir isso tão nova.

Para alguns, que receberam o diagnóstico na infância, o impacto de saber-se com vitiligo não ocorreu nesse momento, pois não sabiam o que a doença representa socialmente ou que mudanças acarretará na vida. Nesses casos, a percepção de ser diferente, de ter algo aparente no corpo que chama a atenção e provoca diversas reações, ocorre mais tarde, quando irão frequentar a escola, durante o processo de socialização. Na maior parte das vezes, ainda crianças, têm de lidar com situações de rejeição e vergonha. Celma, diagnosticada aos dez anos de idade, relata que é terrível quando se descobre a doença. Conta que, na escola, quando começou a aparecer o vitiligo, seus amiguinhos não queriam mais chegar perto dela.

A reflexão sobre a vida das pessoas com vitiligo, que apresentam manchas em regiões corporais visíveis, nos remete às concepções de estigma propostas por Goffman²². Segundo ele, um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social possui um traço que chama atenção e afasta as pessoas, impossibilitando a consideração para outros atributos seus. Goffman²² aponta que as deformidades físicas estão entre os tipos de estigma, nas quais os portadores de vitiligo estão incluídos. Esses "diferentes" são discriminados como se não fossem totalmente humanos e tidos como inferiores. A pessoa pode perceber, devido aos padrões sociais, que os outros não o veem como igual e acaba concordando que é inferior.

Nesse contexto, os informantes vivenciam o vitiligo como: "muito ruim", "feio", "um sofrimento", "um castigo". Sentem-se alvo da "curiosidade", de "chacotas", "discriminação" e "preconceito", são estigmatizados. A doença impõe uma resignificação e revisão de conceitos a essas pessoas. Por isso, alguns mudam seus objetivos, sua religião e a forma de encarar a vida, dando a esta um novo significado a partir da doença. "Aceitar" sua doença, ou tentar conviver com a presença do vitiligo em seus corpos, em suas vidas, se dá à custa de sofrimento intenso. O relato de Eline, que pertencia à religião católica e se converteu ao espiritismo, ilustra alguns desses sentimentos. Segundo ela, essa mudança foi devido à descoberta de outras possibilidades de interpretação dos acontecimentos de sua vida, ou seja, ver as coisas sob nova perspectiva, o que ela considera como positivo. A redescoberta de si por meio da vivência da doença, mediada, por exemplo, pela mudança de religião relatada por Eline, é abordada por Michael Bury²³ em relação às doenças crônicas como "ruptura biográfica". O autor destaca três aspectos importantes nesse contexto: há um rompimento na relação de algumas suposições e comportamentos tidos como certos pelos sujeitos; rompem-se os sistemas explicativos dessas pessoas, impondo que repensem sua autobiografia e seu autoconceito; por último, há uma resposta à perturbação, que envolve mobilização de recursos para enfrentá-la.

De acordo com Herzlich²⁴, a doença é, ao mesmo tempo, a mais individual e a mais social das coisas, e, assim como qualquer outro evento marcante na vida humana, é uma "experiência moral". Portanto, é a partir do julgamento moral de terceiros que o vitiligo incomoda e traz sofrimento a todos.

Quando o vitiligo surge, as pessoas percebem que não foram as protagonistas das mudanças inesperadas e indesejadas em sua pele, pois não pretendiam chamar a atenção pelas "feias", "repulsivas" e "curiosas" manchas. Para elas, o sofrimento se instalou justamente por não terem escolhido aquelas inscrições na pele, "tatuagens naturais", "desenhos não adequados", segundo um

entrevistado. Assim, sentem-se feios, sentem-se outro, não conseguem esclarecer quem são nessa nova identidade corporal. O vitiligo impõe, aos doentes uma exposição de si que representa uma subserviência, levando-os a querer se livrar desse sofrimento infligido a qualquer custo. O que as pessoas com vitiligo sentem é que gostariam de não ser diferentes, querem se padronizar/igualar à estética predominante e exercer sua “invisibilidade” de pessoas “normais”, anônimas na multidão. Na tentativa de manipular sua identidade, algumas mulheres relatam aplicar maquiagem para disfarçar manchas de vitiligo, usar vestimentas que cobrem áreas despigmentadas, calçados fechados e cabelos compridos. Um dos entrevistados recorreu à micropigmentação (tatuagem), para uniformizar a cor da pele do rosto.

Para os entrevistados, dependendo de como se sentem na interação com o outro, preferem se isolar, e acabam não frequentando espaços onde é mais difícil esconder suas manchas, como praia, piscina, e evitam atividades sociais como festas, para não chamarem atenção de desconhecidos.

As partes do corpo têm estatutos distintos, de acordo com os entrevistados, a face e as mãos são as regiões mais problemáticas, pois são difíceis de esconder. Além dessas, as manchas nas áreas corporais relacionadas à sexualidade, como mamas, glúteos e órgãos genitais, são as que trazem maiores constrangimentos, particularmente em relacionamentos íntimos.

Uma preocupação de homens e mulheres é a de se tornarem menos atraentes para seus parceiros, ou jamais conseguirem um, no caso de a doença surgir quando estão fora de uma relação afetivo-sexual. Neste estudo, os sujeitos que estavam casados quando receberam o diagnóstico do vitiligo mantiveram seus relacionamentos, mas não sem vivenciar a insegurança e o medo de perderem seus parceiros. Além disso, devido à doença, empreenderam negociações na esfera familiar e profissional, como redistribuição de tarefas e agendas, permitindo conciliá-las com o tratamento. Como exemplos, Samira solicita ao neto de 13 anos para cuidar do irmão de sete anos enquanto vai ao hospital fazer seu tratamento; e Flávio negocia com sua chefia imediata, no emprego, as idas semanais ao hospital durante o expediente de trabalho.

As mulheres entrevistadas adquiriram o vitiligo quando crianças, tendo de lidar com transtornos da doença desde a fase de socialização e juventude. O medo da rejeição e o receio de ficarem sozinhas ou sem constituírem suas famílias podem desencadear atitudes extremas, como a narrada por Samira, de 57 anos, portadora de vitiligo desde os cinco anos de idade. Ela tentou o suicídio por causa do vitiligo quando arrumou o primeiro namorado. Revelou que um dos seus temores era casar e ter filhos também portadores de vitiligo, o que, de fato, aconteceu.

Os homens entrevistados adquiriram vitiligo na idade adulta, e, apesar de relatos sobre o descontentamento estético e constrangimento devido ao vitiligo, apenas o mais jovem dos informantes, que adquiriu a doença aos 22 anos de idade, solteiro, expôs sua preocupação, no início da doença, quanto à possibilidade de ser rejeitado pelas mulheres. Diferentemente das informantes mulheres, nenhum deles relata evitar atividades sociais devido às manchas na pele.

Uma das estratégias adotadas pelos entrevistados é buscarem companheiros entre os “iguais”, na tentativa de não serem o foco das atenções nas interações sociais do casal, se sentirem aceitos e terem condição de igualdade com o outro.

A sociedade impõe uma estética padronizada, na qual a pele deve ser sem máculas ou deformidades. A obrigatoriedade de ter “boa aparência” faz com que as pessoas com vitiligo considerem que essa apreciação estética seja o principal atributo julgado quando são desconsiderados, por exemplo, numa seleção de emprego. Ter a chance para um emprego, portando tais manchas, é uma dificuldade a mais a eles imposta.

O desconhecimento da população em geral sobre as características do vitiligo é outro problema que enfrentam, convivendo com o afastamento do outro, devido ao receio de um possível contágio por sua doença.

Segundo os entrevistados, com relação ao desempenho das atividades profissionais, o preconceito devido à doença cria um receio que os faz reféns dos empregos que conseguiram após o surgimento do vitiligo. O recomeço num novo ambiente de trabalho, com pessoas curiosas sobre sua condição, e a possibilidade de enfrentar uma nova situação de discriminação os desestimula a mudarem de emprego.

No Brasil, não há direitos sociais assegurados – como a dispensa no horário de trabalho ou oferta do tratamento em horários alternativos, auxílio-transporte, vale-alimentação – para pessoas em

tratamento de saúde, sequer há medicamentos subsidiados pelo SUS para portadores de vitiligo.

Em busca da causa

Obter mais informações sobre a doença e suas causas é uma das condições que alguns informantes veem como importante para tentar evitar o seu surgimento e para o "controle" da doença. Apesar de várias teorias biomédicas tentarem explicar o aparecimento do vitiligo, até o presente, não há consenso sobre sua causa determinante. O estresse e as emoções são considerados possíveis causas do vitiligo, e algumas narrativas apontam para causalidades mágico-espirituais, associando o aparecimento do vitiligo ao "sistema nervoso", ao "estresse", "a um castigo", às "desordens emocionais".

Mariana acredita que adquirir vitiligo foi um "castigo", pois, quando viu pela primeira vez um homem negro com rosto e braços despigmentados devido à doença, teve um choque. Segundo ela, o vitiligo que ela adquiriu foi um "castigo" do céu pelo fato de ter olhado tal homem com repulsa.

Nas narrativas dos sujeitos, e nas declarações de alguns profissionais de saúde que tratam o vitiligo, são mencionados fatores emocionais como influentes nessa doença. Quando indaguei uma médica sobre a efetividade do tratamento para o vitiligo, ela disse: "[...] o que nós percebemos é que os pacientes mais felizes têm uma melhor efetividade no tratamento".

Vários informantes têm parentes com vitiligo, e estes representam um contraponto que influencia sua visão e atitudes ante a doença. Sobre esses *iguais* na família, alguns entrevistados narram situações de abandono do tratamento, de enclausuramento e de isolamento social como formas de gestão da doença adotadas pelos parentes. Nas narrativas, fica evidente que a subjetividade aliada à visão de mundo de cada um determina o posicionamento diante da doença. Cada um tem sua forma particular de lidar com a doença, porém, o que prevalece na história de todos é o sofrimento.

Os informantes acreditam que a forma como encararam a vida e seus problemas determina a melhora ou piora do vitiligo. Assim, julgam que podem e devem colaborar para melhorar sua doença, embora nem sempre consigam. Às vezes, questionam quando o médico diz que eles têm de se "estressar menos", e perguntam como isso é possível, tendo de lidar com problemas de diversas ordens em seu cotidiano? O fato de terem de conciliar o trabalho remunerado e o cuidado doméstico com longos deslocamentos semanais ao tratamento, que lhes consomem tempo, recursos para passagens, alimentação, medicamentos e protetor solar, sem apoio público, e sem expectativa de cura, deixa-os à mercê da sorte. Assim, denunciam quanto as questões sociais, econômicas e políticas envolvidas no processo saúde-doença não são consideradas na lógica terapêutica.

A fé de cada um

A dimensão da religiosidade esteve marcadamente presente nas narrativas deste estudo. Para vários entrevistados, a mediação religiosa foi um elemento central na forma de lidar com a doença. Assim, optei por abordá-la na perspectiva da experiência religiosa, ou seja, das maneiras pelas quais são vivenciadas e ressignificadas nas interações sociais dos sujeitos.

Sylvie Fainzang²⁵ aponta que as culturas religiosas influenciam as atitudes dos doentes, independentemente de sua adesão a uma religião em si. Postula que essas culturas religiosas fazem sentir seus efeitos no próprio ambiente da biomedicina, impregnando a relação médico/paciente. Além dos recursos terapêuticos oferecidos pela biomedicina, as pessoas recorrem a diversos recursos religiosos como tratamento.

Estudos da antropologia da saúde e sociologia apontam a importância das religiões na interpretação e tratamento das aflições nas diversas sociedades e épocas, inclusive, no Brasil²⁶. Os informantes pertencem a diversos segmentos religiosos do protestantismo, catolicismo e espiritismo. Alguns aproximaram-se da religião a partir do surgimento da doença, na tentativa de encontrar respostas para seu sofrimento, além de acolhimento e integração social. Uns mudaram de religião no decorrer da doença, procurando uma crença que trouxesse mais sentido à sua vida e que pudessem compartilhar com seus familiares. Para esses sujeitos, sua cultura religiosa perpassa todo entendimento sobre a doença, é acionada na compreensão das transformações que ela provoca em sua vida e funda suas

representações. Esse entendimento guia suas ações e, por vezes, estende-se como uma “devoção” ao médico, o qual passa a integrar a sua fé como uma autoridade moral-religiosa.

Mariana exemplifica a imbricação entre religião e biomedicina no entendimento da sua doença:

‘Doutor, isso [o vitiligo] tem cura?’ O doutor já falou comigo, ele disse: Não. Tem controle.

Mas eu falei: Não, Deus é maior que isso, eu vou ficar é boa. Aí foi pigmentando, graças a Deus [...] Então, é isso aí, é acreditar que Deus vai me dar a cura, ter fé primeiramente, e lutar, confiar no profissional que está te ajudando. Que eu falo que médico é como devoção, você vai, logo no primeiro remédio ele passa para você, você fica bom”.

Outra informante, Eline, evidencia que, a partir do entendimento da causa de sua doença pela via religiosa, ela adota uma nova postura para si diante da vida. Além disso, mostra a intersecção entre crenças espirituais e crença nos saberes da biomedicina, presentes na referência ao espírito do médico Dr. Fritz:

“Eu fui numa consulta e o médium recebeu a entidade do doutor Fritz, ele falou assim para mim: Você tem que trabalhar na caridade. Essa doença eu não curo, e médico nenhum da terra cura. [...] Essa é uma doença karmica, você traz de outras vidas, trabalha na caridade que você vai melhorar”.

Pinho e Pereira²⁷ referem a importância dos aspectos religiosos no tratamento de pessoas que vivem com aids e apontam que há uma constante interação das práticas terapêuticas. Destacam que, no universo médico-religioso, os sujeitos recorrem aos tratamentos oficiais e veem os médicos como agentes religiosos, unem as várias tecnologias biomédicas, incluindo os fármacos, a oração, e apelam aos santos e curadores de forma concomitante. Isto aparece de maneira similar nesta pesquisa: as práticas e perspectivas religiosas dos sujeitos com vitiligo evidenciam, além de uma negociação com os significados estabelecidos pela medicina, juízos diversos e mudanças no modo como entendem e se posicionam diante das suas aflições. Tais significados imbricam-se na experiência da doença, mediando seu manejo e organizando sua vivência.

A gestão do tratamento

Na gestão da doença, evidenciam-se as interrupções e recomeços no tratamento, marcadas por fases de “esperança” e “cansaço”, devido aos anos de convivência com o vitiligo e à avaliação dos resultados terapêuticos. Os informantes relatam o recurso a diversas racionalidades terapêuticas, por vezes, de modo concomitante com a terapêutica indicada pelo médico. A maioria dos sujeitos narra ter utilizado medicamentos registrados em nosso país pela Anvisa^(d) com prescrição médica, além de: medicamentos adquiridos no exterior, comprados via internet, cápsulas de formulações desconhecidas, pomadas à base de fitoterápicos, remédios advindos da medicina tradicional indígena e da medicina popular, como diversos tipos de chás e banhos de ervas, além de tratamentos espirituais e o consumo de alimentos fotossensibilizantes. A busca por terapias não oficiais pelos informantes revela que essa prática faz sentido ao seu meio social, estando disseminada entre os recursos terapêuticos

(d) A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) é uma agência reguladora que tem como campo de atuação todos os setores relacionados a produtos e serviços que possam afetar a saúde da população brasileira. Além da atribuição regulatória, também é responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Na estrutura da administração pública federal, a Anvisa encontra-se vinculada ao Ministério da Saúde e integra o SUS, absorvendo seus princípios e diretrizes.

acionados pela população, para obter resultados terapêuticos mais rápidos. Todos referem adesão à automedicação²⁸ como prática associada ao tratamento médico prescrito e, via de regra, sem o conhecimento do seu médico. Assim, administram, a seu critério, medicamentos, tratamentos, produtos indicados por conhecidos, parentes, outros portadores de vitiligo ou divulgados pela mídia. Nesse esforço de automedicação, buscam atenuar a dependência da autoridade médica e dos serviços de saúde na direção da autonomia pessoal.

Entre os "remédios" que integram o universo dos informantes visando facilitar sua aceitação, convivência com a doença, e melhoria da saúde, encontram-se: "fé", "esperança", "otimismo", "não se estressar", "não ligar para a doença", "levar seu tratamento a sério". Além desses, aparecem: "aceitar a doença" e "saber conviver" com ela, por exemplo, não deixando de frequentar atividades sociais ou se deprimindo. São conselhos para demais portadores de vitiligo e, também, para si próprios, na tentativa de melhorar a aflição. Entretanto, essas mesmas pessoas revelam inúmeras dificuldades para tornarem tais ideais realidade, fazendo, destes, desafios a vencer.

Em vários momentos das narrativas, a alusão ao possível "controle" da doença aparece. Refletir sobre o "controle" nos remete à cronicidade da doença, incurável, e, também, à questão de como é possível "controlar" o imponderável? Este parece ser mais um desafio para profissionais de saúde e portadores de vitiligo, "controlar" uma doença cuja subjetividade atua, segundo eles, de forma contundente, apresenta uma evolução que é ora explosiva, ora insidiosa, e tem a resposta ao tratamento influenciada pelos estados emocionais e subjetividades. Controlar/dominar os fatores que influenciam a evolução da doença e a resposta ao tratamento, como o estresse e seu estado emocional, revela a tentativa dos sujeitos em ter controle da doença. "[...] A Dra. mesmo fala: 'Não estressa, quanto mais você estressar, mais difícil vai ser o seu tratamento [...]'" (Eline).

Na opinião dos médicos do serviço de fototerapia visitado, com relação aos resultados do tratamento, podem ir de "muito bom" até "inexpressivas melhoras" ou "sem melhora", pois dependem de diversos fatores que não são totalmente controláveis, como: os emocionais/subjetivos, a adesão ao tratamento, a resposta da pele, entre outros.

Para os entrevistados, utilizar metoxisaleno associado à fototerapia UV-A no tratamento do vitiligo representa uma esperança de repigmentação que se tornou realidade para vários deles. Entretanto, essa solução não é definitiva, as pessoas fazem a PUVA terapia por certo tempo, um intervalo devido ao acúmulo da radiação, tempos depois, retomam a PUVA terapia. Os entrevistados percebem o metoxisaleno como "sério", "brabo", "forte", pois, quando o utilizam, sentem: enjoos, vômitos, tontura, diarreia, dores de cabeça, "dores no estômago", sonolência, "mal-estar", "moleza no corpo", "cansaço", além disso, sentem-se sensíveis, "deprimidos" e "estressados".

Alguns revelam ter "medo do medicamento" devido às suas recomendações de proteção e aos sintomas que ele provoca, mas, de modo geral, isso não motiva a descontinuidade do tratamento. Essas pessoas enfrentam o medo e não desistem, sujeitam-se às dificuldades impostas pelo tratamento, desde as longas esperas nos serviços de saúde até os mal-estares frequentes, mantendo-se firmes no propósito do "controle" da sua doença, na esperança de diminuir suas manchas e, até mesmo, da cura.

Com relação às medidas de proteção requeridas na PUVA terapia, como uso de protetores solares, cremes hidratantes, óculos de sol, é possível entender, ante as dificuldades estabelecidas pelo tratamento, por que alguns usuários do metoxisaleno não as adotam integralmente. Para uns, essas são empecilhos à realização das tarefas do dia a dia; para outros, representam não uma proteção, mas um obstáculo para a repigmentação mais rápida da pele, além disso, implicam gastos financeiros que nem sempre são possíveis ser incorporados ao orçamento familiar. Há que se considerar que as pessoas agem de acordo com suas concepções sobre as situações e riscos, segundo o que faz sentido para elas, e são tais sentidos que o profissional de saúde precisa conhecer para, efetivamente, intervir na saúde das pessoas.

Considerações finais

Kleinman²⁹ postula que, na experiência da doença (*illness*), o sujeito leigo explica sua aflição pelo senso comum de seu grupo social, incluindo seus julgamentos, a escolha de como lidar com sua doença e com os problemas práticos criados no cotidiano. Assim, o conhecimento de um sujeito, seus modos de raciocínio e suas expectativas não são isentos de sentimentos e sentidos, próprios daquele momento e da visão de mundo que compartilham. Este estudo buscou respeitar e valorizar tal perspectiva, trazendo à luz as interpretações de portadores de vitiligo sobre sua doença.

Considerando a concepção biomédica do processo saúde-doença e os parâmetros científicos de tal racionalidade, a gravidade do vitiligo tende a ser relativizada. No entanto, segundo as narrativas desses sujeitos, o padecimento imposto pelo vitiligo os faz perderem a vontade de viver, determinando um "outro" morrer. Por isso, a expressão que intitula o artigo, um "morrer de tristeza". A dor que sentem não aparece no corpo físico, mas "na alma", revela-se uma "dor moral", "espiritual" que integra a totalidade da vida da pessoa, advinda do sofrimento que o preconceito, estigma e a rejeição provocam.

Sabemos que a doença cria um fluxo perturbador de acontecimentos, uma desordem, e que a linguagem, por vezes, restaura um senso de ordem. Ao buscar a objetivação possível neste empreendimento, ao final, posso afirmar que o sofrimento e a "dor espiritual" dessas pessoas são centrais nas suas narrativas. A minimização do valor atribuído a essa patologia dermatológica e à atenção a ela conferida contribuem para agravar o sofrimento dos doentes em razão de uma "tristeza" não justificada ou compreendida no plano terapêutico.

Nesse sentido, as relações com os profissionais e serviços de saúde frequentados pelos informantes influenciam sobremaneira as atitudes com relação à sua aflição. Conhecê-los melhor em seu sofrimento pode ajudar na reflexão sobre novas abordagens terapêuticas, apoiadas nas premissas da escuta, do acolhimento, do cuidado e da atenção à integralidade dos sujeitos.

Colaboradores

As autoras participaram, igualmente, de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Zhang XJ, Liu JB, Gui JP, Li M, Xiong QG, Wu HB, et al. Characteristics of genetic epidemiology and genetic models for vitiligo. *J Am Acad Dermatol*. 2004; 51(3):383-90.
2. Steiner D, Bedin V, Moraes MB, Villas RT. Vitiligo. *An Bras Dermatol*. 2004; 79(3):335-51.
3. Silva CMR, Gontijo B, Pereira LB, Ribeiro GB. Vitiligo na infância: características clínicas e epidemiológicas. *An Bras Dermatol*. 2007; 82(1):47-51.
4. Trémul A, Lázaro C, Salas MPS. Vitiligo: principales opciones terapêuticas. *Med Cutan Ibero Latino-Am*. 2008; 34(2):81-8.

5. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Censo Dermatológico [Internet]. Rio de Janeiro, RJ; 2010 [acesso 2010 Jun 18]. Disponível em: http://www.sbd.org.br/medicos/atualidade/censo_dermatologico2006.pdf
6. Schneider LA, Hinrichs R, Scharffetter-Kochanek K. Phototherapy and Photochemoterapy. *Clin Dermatol*. 2008; 26(5):464-76.
7. Njoo M, Spuls PI, Bos JD, Westerhof W, Bossuyt MM. Nonsurgical repigmentation therapies in vitiligo: meta-analysis of the literature. *Arch Dermatol*. 1998; 134(12):1532-40.
8. Cestari TF, Pessato S, Corrêa, GP. Fototerapia – aplicações clínicas. *An Bras Dermatol*. 2007; 82(1):7- 21.
9. Matin R. Vitiligo in adults and children. *BMJ Clin Evid*. 2008; 4(1717): 1-25.
10. Wang SQ, Setlow R, Berwick M, Polsky D, Marghoob AA, Kopf AW, et al. Ultraviolet A and melanoma: a review. *J Am Acad Dermatol*. 2001; 44(5):837-46.
11. Lindeloëf B, Sigurgeirsson B, Tegner E, Larkoë O, Johannesson A, Berne B, et al. PUVA and cancer risk: the Swedish follow-up study. *Br J Dermatol*. 1999; 141(1):108-12.
12. Stern RS, Lange R. Non-melanoma skin cancer occurring in patients treated with PUVA Five to ten years after first treatment. *J Invest Dermatol*. 1988; 91(2):120-4.
13. Goldenberg M, organizadora. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 2a ed. Rio de Janeiro: Record; 2011.
14. Jodelet D, organizadora. As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2001.
15. Umaña SA. Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión. *Cuad Cienc Soc*. 2012; 127:1-82.
16. Herzlich C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis*. 2005; 15 Supl:57-70.
17. Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades en la atención farmacêutica. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(1):35-47.
18. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(3):621-6.
19. Kornblit AL, coordenadora. Introdução. Metodologías cualitativas en ciencias sociales: modelos y procedimientos de análisis. Buenos Aires: Editorial Biblos. Metodologia; 2004.
20. Duarte I, Buense R, Kobata C. Fototerapia. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(1):74-82.
21. Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
22. Goffman E, organizador. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
23. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Soc Health Illness*. 1982; 4(2):167-82.
24. Herzlich C. Saúde e doença no início do século XXI: entre a experiência privada e a esfera pública. *Physis*. 2004; 14(2):383-94.
25. Fainzang S. Les patients face à l'autorité médicale et à l'autorité religieuse. In: Massé R, Benoist J, direction. *Convocations thérapeutiques du sacré*. Paris: Les Éditions Karthala; 2002. p. 5-21.
26. Rabelo MC. A construção do sentido nos tratamentos religiosos. *RECIIS – Rev Eletron Comum Inf Inov Saude*. 2010; 4(3):3-11.

27. Pinho PA, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(41):435-47.
28. Fainzang S. L'automédication: une pratique qui peut en cacher une autre. *Anthropol Soc.* 2010; 34(1):115-33.
29. Kleinman A. *The illness narratives: suffering, healing and the human condition*. New York: Basic Books; 1988.

Szabo I, Brandão ER. "Mata de tristeza!": representaciones sociales de personas que tienen vitiligo y son atendidas en la Farmacia Universitaria de la Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):953-65.

El vitiligo se caracteriza por manchas blancas en la piel. En el momento de la entrega del medicamento correspondiente a esta enfermedad en la farmacia, los pacientes nos informaron sobre incomodidades por que pasaron. La incomodidad en la cosmovisión de los sujetos fue capturada en entrevistas. A partir del diagnóstico médico, los sujetos comenzaron a considerar al vitiligo como "un castigo", blanco de "burlas", "prejuicios" y "discriminación". Así mismo, la experiencia de la enfermedad les condujo a revisar sus conceptos y religiones. El hecho de que el vitiligo no se considera una enfermedad grave parece establecer un "no lugar" para el sufrimiento y el "dolor espiritual" de sus portadores. Los aspectos simbólicos, emocionales y socioculturales que circunscriben esta enfermedad deben considerarse para mejorar la atención de la salud y la vida de estos sujetos. Por su parte, los profesionales de la salud deben aprender a concebirlos más allá de sus "manchas".

Palabras clave: Vitiligo. Representaciones sociales. Investigación cualitativa. Metoxisaleno. Atención farmacéutica.

Submetido em 17/08/15. Aprovado em 29/02/16.

De patológicos a higiênicos: os lares modernos e a imprensa no Brasil pós-Segunda Guerra Mundial

Elizabete Mayumy Kobayashi^(a)
Gilberto Hochman^(b)

Kobayashi EM, Hochman G. *From pathological to hygienic: the modern homes and the printed press in Brazil in the post-Second World War*. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):967-79.

This paper discusses pathologization of the Brazilian homes as a strategy of media advertising to convince housewives that manufactured products were the most efficient resources to deal with domestic insects. Appliances, insecticides and cleaning products were offered as being capable of turning “sick” houses into hygienic and healthy environments. From 1940s to 1960s Brazil tried to consolidate its industrial park. As part of this process a market of so-called modern consumer goods were supposed to replace homemade and traditional solutions. This study argues that those modern solutions aimed at maintaining a healthy house found a culture of hygiene already established among Brazilian urban middle classes.

Keywords: Consumption. Hygiene. Press. Insecticides. Industrialization.

Este artigo discute a patologização dos lares brasileiros como estratégia dos publicitários e anunciantes para convencer as donas de casa de que a solução dos problemas com insetos era o consumo de produtos industrializados. Eletrodomésticos, inseticidas e produtos de limpeza eram oferecidos como capazes de transformar as casas “doentes” em ambientes higiênicos e saudáveis. Nos anos de 1940 a 1960, o Brasil buscava consolidar seu parque industrial e seu mercado consumidor, o que tornava necessário substituir as soluções caseiras e tradicionais por produtos ditos modernos. O argumento deste trabalho é que essa oferta de soluções modernas para os problemas de manutenção de um lar salubre encontrou uma cultura da higiene já estabelecida nas classes médias urbanas brasileiras.

Palavras-chave: Consumo. Higiene. Imprensa. Inseticidas. Industrialização.

^(a,b) Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz (COC-Fiocruz). Av. Brasil 4036, sala 409. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21040-361. betekobayashi@yahoo.com.br; hochman@fiocruz.br

Introdução

Nas duas décadas que se seguiram ao final da Segunda Guerra Mundial, o Brasil se empenhou em consolidar e ampliar seu parque industrial e seu mercado de bens de consumo. Fabricantes ofereciam produtos que prometiam a felicidade, a praticidade e a solução de inúmeros problemas. Nesse processo, emergiu um mercado de produtos de higiene, de proteção à saúde e de limpeza. A crescente classe média urbana aspirava a um ideal de higiene que vinha se consolidando desde o início do século XX. O lar saudável surgiu como o objetivo maior a ser perseguido. A publicidade elaborou essas aspirações e os temores em relação à sujeira e à doença para oferecer novos produtos e novas ideias. Segundo Mello e Novais¹, “a casa continua[va] a ser o centro da existência social. Apenas a vida em família não é mais governada pelo passado, pela tradição, senão pelo futuro, pela aspiração à ascensão individual, traduzida antes de tudo pela corrida ao consumo” (p. 609).

Entre os valores modernos estavam os cuidados e o “aperfeiçoamento de si (o trabalho, o desenvolvimento espiritual, a higiene etc.)”¹ (p. 609). Esse olhar individualizado refletia o modelo de família nuclear que substituiria a patriarcal e extensa. O “modelo ‘higiênico’ e moralizador da família burguesa” emergiria no país no processo de modernização que acompanhou a urbanização/industrialização do século XX² (p. 27).

Nesse período, a imprensa brasileira participou da construção imaginária e material de um Brasil que aspirava à modernidade e ao progresso, características de uma “sociedade em movimento”³, onde o moderno “era marcado pelo [...] auto aperfeiçoamento e aperfeiçoamento ilimitado do mundo social, e pela reorientação de valores, interesses, condutas e instituições”³ (p. 15). A publicidade desempenhou um papel central na difusão e na oferta desse novo estilo, moderno e saudável, de se viver. Na década de 1950, os analistas do Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística (Ibope) indicavam a necessidade de se investir em publicidade com o objetivo de criar novos hábitos de consumo⁴. Para tal, os anúncios deveriam comunicar ideias e concepções para além da funcionalidade objetiva dos produtos a serem vendidos.

O jornalismo e a publicidade foram fundamentais na elaboração e veiculação dos anúncios e das matérias pagas na imprensa. Anúncios de casas comerciais e de empregos domésticos passaram a declinar e deram lugar “à publicidade de automóveis, eletrodomésticos, além de produtos alimentícios e agrícolas”⁵ (p. 213). As revistas semanais ilustradas, como *O Cruzeiro* e *Manchete*, foram, certamente, os veículos de maior impacto junto ao público. A primeira circulou durante quase quarenta e sete anos desde seu lançamento em 1928 e atingiu, na década de 1950, uma tiragem semanal de seiscentos mil exemplares, distribuídos por todo o país⁶. De propriedade de Assis Chateaubriand, e com fortes relações com as elites políticas, na década de 1940, *O Cruzeiro* atingia um leitor cada vez “mais expressivo” e “variado”, ao oferecer um conteúdo que mesclava jornalismo, diversão e realidade⁷. Transformou a imprensa brasileira com o seu inovador fotojornalismo. O fotógrafo francês Jean Manzon foi o responsável pela substituição das fotos meramente ilustrativas e posadas por outras dinâmicas e informativas⁷.

A revista *Manchete*, lançada em 1952, tornou-se a principal concorrente de *O Cruzeiro*, superando-a ao final da década de 1950. A excelência na produção técnica e um corpo editorial de egressos de *O Cruzeiro* conquistaram os leitores, oferecendo uma publicação de alta qualidade gráfica, fotográfica e textual⁸. A família Bloch identificava, no mercado editorial, um potencial de leitores capazes de adquirirem mais um título semanal. Perceberam, na ociosidade de seu parque gráfico nos finais de semana, uma oportunidade para “rodar” uma nova revista. Todavia, ela só começaria a fazer frente à *O Cruzeiro* a partir da presidência de Juscelino Kubitschek (JK) (1956-61). Os Bloch eram próximos a JK e partilhavam, segundo biógrafos, as ideias de desenvolvimento e de progresso do presidente⁹.

A imprensa, de maneira geral, tomou para si palavras de ordem utilizadas pelos governos Vargas e Kubitschek, tais como desenvolvimento e modernização, e as aplicou, também, nas redações dos

principais jornais do período¹⁰. As mudanças se refletiram no formato dos textos, que abandonaram o uso do “nariz-de-cera” (longas introduções para inserir o leitor no assunto) e adotaram o uso do *lead* (símbolo do jornalismo moderno), que apresentava, logo no primeiro parágrafo da matéria, os pontos principais do acontecimento. Quanto à administração, o jornalismo empresarial foi substituindo – gradativamente – o jornalismo político-literário¹¹. No contexto dessas mudanças, que vinham ocorrendo desde o começo do século XX¹¹, *O Cruzeiro* e *Manchete* representaram, como nenhum outro veículo da imprensa, essa inserção no jornalismo moderno, ocupando os espaços mais importantes no crescente mercado editorial das revistas de variedades e de consumo¹².

Além das revistas semanais, circulavam, também, os manuais de economia doméstica, que denunciavam o ambiente dos lares como repleto de germes e de insetos a serem exterminados de forma racional e científica. As concepções sobre o lugar da mulher se transformavam na direção da educação e do trabalho. Todavia, para a publicidade e para os manuais, essa mulher ainda deveria ser educada para desempenhar o papel de mãe e de esposa. “A ‘boa esposa’ e ‘boa mãe’ deveria ser prendada e deveria ir à escola, aprender a ler e escrever para bem desempenhar sua missão como educadora”² (p. 31).

A dona de casa era o alvo principal na conformação de um mercado moderno de produtos higiênicos desde o final do século XIX. Nos Estados Unidos, no mesmo período, as mulheres, tratadas como “cientistas domésticas”¹³, buscavam administrar e racionalizar o lar, incorporando novos produtos e se apropriando de informações provenientes das discussões promovidas pelos médicos¹³. Uma cultura da higiene vinha se constituindo ao longo do tempo, valorizando a limpeza e a organização das casas de forma sistematizada. Todavia, foi a partir de meados do século XX que se exponenciou a perspectiva de que o acesso à modernidade (e a uma certa cidadania) se daria pela via do consumo. Ganharia centralidade – para a imprensa e para a publicidade – uma imagem de mulher como gerente da vida doméstica mobiliada por novíssimos artefatos químicos, plásticos, elétricos e eletrônicos, produtores de saúde e conforto. Ciência e racionalidade seriam exigências para a administração do lar e, portanto, os novos atributos para essa mulher “imaginada”.

O objetivo deste artigo é analisar a concepção de que as residências eram espaços potencialmente ameaçadores à saúde da família e que se transformariam em lares saudáveis por meio da aquisição de produtos industrializados. A aspiração seria a de manter esses espaços salubres e organizados de modo científico, conforme os manuais de economia doméstica. A imprensa e a propaganda tiveram um papel crucial na constituição desta dimensão privada da higiene e deste mercado de bens de saúde. Nesse contexto, os anúncios foram uma poderosa força pedagógica que invocava a autoridade científica para legitimar a eficácia dos produtos¹⁴. Esse artigo salienta essa relação.

Mesmo reconhecendo continuidades em um processo de “domesticação” da higiene que remonta ao final do século XIX, o período que se inaugura ao final da Segunda Guerra Mundial pode ser entendido como de mudanças significativas. Foram transformações geradas, sobretudo, pelo desenvolvimento urbano e industrial, pela profissionalização da imprensa e da publicidade e seu impacto, em particular, por meio das revistas ilustradas semanais, nos valores e aspirações dos setores médios urbanos. Os manuais de economia doméstica de ampla circulação revelam, juntamente com a publicidade, concepções sobre o papel das mulheres nessa administração do lar moderno e sadio. São mudanças relacionadas, certamente, com muitas mediações, a processos econômicos e políticos mais amplos, como o estágio do desenvolvimento capitalista no Brasil, as relações com os Estados Unidos, a Guerra Fria e a experiência democrática brasileira de 1945-64.

Na próxima parte, apresentaremos o ideal de moradia saudável preconizado pela publicidade nas revistas ilustradas e pelos manuais. Na segunda parte, destacaremos a publicidade em torno do Diclorodifeniltricloroetano, ou o DDT, oferecido como um eficaz e definitivo método para a eliminação dos insetos domésticos. As matérias e os anúncios publicitários publicados nas duas revistas semanais *O Cruzeiro* e *Manchete* e os manuais de economia doméstica são as fontes para nossa análise.

A casa higiênica imaginada pela publicidade

Nenhum inseto, nenhum germe. A casa higiênica deveria apresentar-se livre de qualquer tipo de ameaça. No anúncio do Detefon (Figura 1) a relação entre extermínio dos insetos, higiene e saúde é direta. Além de destruí-los, o inseticida prometia uma “fulminante ‘ação de limpeza’”. As casas podiam contar com um leque de diferentes produtos industrializados que prometiam eliminar as pragas domésticas. Os anunciantes ofereciam um modelo pretendido e idealizado. O espaço doméstico ocuparia o centro das discussões e das preocupações em relação às doenças e à sujeira.



Figura 1. Anúncio inseticida Detefon.

Fonte: Cruzeiro, 24/12/1960 (n. 11, p. 156). Acervo Estado de Minas/ Biblioteca Nacional.

Desde o final do século XIX, a aspiração por uma casa limpa e livre de insetos estava presente entre a classe média urbana brasileira. No século XX, a administração baseada em princípios científicos passou a exigir, das mulheres, uma racionalização de suas atividades domésticas: “O método, a ordem e o estudo prévio dos assuntos devem ser aplicados a tudo na vida”, especialmente ao lar¹⁵ (p. 53).

A limpeza e a higiene seriam consideradas tanto aspectos da ruptura com o passado colonial como símbolos de ingresso na modernidade. As péssimas condições de moradia e as epidemias de febre amarela, peste, cólera e varíola levaram o poder público a medicalizar sua atuação no espaço urbano entre finais do século XIX e início do XX. Paulatinamente os engenheiros e arquitetos foram sendo substituídos pelos médicos como os responsáveis pela reorganização do espaço doméstico¹⁶. Segundo Silva, “tão importante quanto no espaço urbano, era a intervenção na família e na casa, visando incorporá-la não apenas a uma nova realidade citadina, mas à lógica imposta pela salubridade”¹⁷ (p. 202).

Essa preocupação se fazia presente desde a década de 1920, e servia como mote para a publicidade. As revistas femininas publicavam anúncios de equipamentos elétricos que prometiam auxiliar na limpeza e de produtos destinados a combater os germes¹⁸. Nos anúncios onde se propagava “a gostosa sensação de viver numa casa limpa”, o espaço onde figurava a mãe, responsável pela manutenção da limpeza do lar e da saúde dos filhos, era a cozinha. Da mesma forma, os médicos – e, também, o apelo à medicina – eram figuras constantes nos anúncios. A aspiração de higiene e de limpeza das casas e a visão das mulheres como responsáveis por concretizarem esse ideal permaneceriam na década de 1950. Todavia o contexto era outro. Entre os anos de 1945 a 1964, o Brasil viveu “momentos decisivos do processo de industrialização, com a instalação de setores tecnologicamente mais avançados; as migrações internas”¹ (p. 560) e, também, um processo de urbanização acelerado. Os padrões de consumo das classes médias urbanas buscavam se equiparar aos dos países desenvolvidos.

Os novos artefatos, os novos materiais e os eletrodomésticos prometiam contribuir com a almejada facilitação do trabalho doméstico, promovendo, também, a manutenção da casa na perfeita ordem de limpeza e organização. A casa higiênica e livre de quaisquer ameaças à saúde era possível e necessária, afirmava a propaganda. Vendia-se por meio dos anúncios e orientava-se nos manuais de economia doméstica. Alguns destes manuais pregavam a limpeza e a arrumação da casa como assuntos inseparáveis: “Casa bem arrumada terá que ser limpa. E a limpeza doméstica é quase uma ciência”¹⁵ (p. 92). Entretanto, tratava-se de uma idealização, por isso mesmo, algo inalcançável.

O ideal de uma casa higiênica e bem organizada foi fortalecido, nos meios de comunicação, pela associação a certas representações sobre como se evitar doenças. O medo da tuberculose, por exemplo, era vinculado diretamente à necessidade de se manter a casa limpa, arejada, longe da umidade e bem iluminada pela luz solar. Diego Armus, refletindo sobre a Buenos Aires dos anos de 1870 a 1940, indica que a doença foi discutida “recorrentemente [...] como uma enfermidade que resultava das relações defeituosas da sociedade com seu meio ambiente”¹⁹ (p. 60). Um dos aspectos mais relevantes nessa discussão eram as condições de vida precárias dos pobres. Defendia-se a necessidade de se substituir a “*vivienda popular*”, que adoecia seus moradores, por um ideal de moradia higiênica, apoiada nos conceitos de limpeza e organização do espaço doméstico¹⁹ (p. 60).

No mesmo período, houve tentativas de regular o espaço físico doméstico no Brasil. A prefeitura de São Paulo, por exemplo, instituiu como as casas deveriam ser construídas, qual o número ideal de cômodos de acordo com o tamanho da família, e, especialmente, como deveria ser construída a cozinha. Segundo Silva, as cozinhas paulistanas eram consideradas lugares insalubres, repletos de sujeira e de fuligem do fogão a lenha. Muitas vezes, compartilhavam espaço com as latrinas. As cozinhas nas mansões ou casarões ficavam apartadas dos demais cômodos das casas. Nos cortiços, a cozinha era compartilhada por todos os moradores, gerando problemas de higiene¹⁷.

Apesar dos avanços no tratamento da tuberculose, com o advento da penicilina na década de 1940, continuou-se a defender a melhoria das condições de moradias, o incremento da alimentação e a adequação dos locais de trabalho como medidas necessárias à prevenção da doença²⁰. Nas décadas de 1950 e 1960, a defesa da casa higiênica e bem arejada permanecia recorrente nestes veículos de comunicação. O sol e a eliminação da poeira eram vistos como fatores particularmente importantes, assim como o combate às moscas, que muitos acreditavam “transmitir germes de enfermidades, como a disenteria, febre tifoide, tuberculose, etc”²¹ (p. 24). A umidade também deveria ser combatida, para evitar o aparecimento do bolor que, além de “enfeiar” as paredes, favorecia a “vitalidade dos germes (o da tuberculose dura[ria] seis meses no bolor)”²¹ (p. 33).

A qualidade do ar nas residências urbanas também era vista como um problema. A substituição do fogão a lenha pelo fogão a gás buscava, na saúde, o argumento para a troca de um utensílio pelo outro e a possibilidade de livrar a casa – e os pulmões de seus residentes – da fumaça e da fuligem. Estas, geradas pelo fogão a lenha, escureciam as paredes e tomavam conta de todas as áreas, quando a cozinha era contígua aos demais cômodos da casa¹⁷.

Acreditava-se na possibilidade de se controlar o ambiente doméstico por meio de exaustores ou condicionadores de ar. Em casa, no trabalho ou nos hospitais, a ameaça se fazia presente: “Não trabalhe, não repouse, nem permaneça em recintos sem ventilação constante e perfeita. O ar já ‘respirado’ por outras pessoas ou muitas vezes por você mesmo, é nocivo à saúde”⁽⁶⁾.

Outro artefato que viria reforçar a demanda pela pureza do ar e, conseqüentemente, pelo combate à poeira seria o aspirador de pó. O discurso se voltava para a desinfecção do ar:

Nesta casa, a limpeza começa pelo... ar! [grifo original] O espanador e o pano limitam-se a transferir o pó dos objetos para o ar. Além de prejudicar a saúde, esta limpeza é apenas provisória. Remoção completa do pó somente se faz com aspirador. (Figura 2)

⁽⁶⁾ Anúncio Exaustor para vitraux Contact. Manchete, 05/05/1956 (n. 211, p. 62). Biblioteca Nacional.



Figura 2. Anúncio Aspirador de Pó Siemens.

Fonte: Manchete, 23/04/1960 (n. 418, p. 2). Biblioteca Nacional.

A ilustração do anúncio mostra uma sala de estar com ambiente sem exageros nos adornos e bibelôs. Não há cortinas pesadas ou muitas almofadas. O ambiente propicia a sensação de livre circulação das pessoas e do ar. A sala segue os aconselhamentos de substituir os tecidos pesados e volumosos¹² por outros mais finos e fáceis de lavar. Mesmo não tendo abolido as cortinas, estas figuram discretas ao fundo da sala, sem representar perigo de acúmulo de sujeira. Outro ponto é a ausência do tapete. Apenas o carpete, limpo com o aspirador. A ênfase do anúncio na substituição do espanador e do pano pelo aspirador remete à substituição do trabalho braçal pela máquina, do tradicional pelo moderno.

O uso do aspirador de pó era defendido, também, pelos manuais de economia doméstica. Além de não estragar os móveis ou os tapetes, era eficaz na limpeza porque “chupava a poeira por entranhada que esteja”²² (p. 210).

A adoção de novos materiais e a eliminação do excesso de adornos eram formas de restringir os espaços onde os germes poderiam se proliferar. O banheiro também passou por essa transformação. Os banheiros, no final do século XIX, eram mobiliados como os demais cômodos da casa. A adoção de outros materiais, como porcelanas substituindo a madeira, transformaria o banheiro em um espaço mais higiênico. Essas novas porcelanas só se tornariam mais acessíveis nas décadas de 1920 e 1930¹³. Ao longo do século XX, surgiu uma variedade de outros materiais e utensílios oferecidos com a intenção de facilitar a limpeza e, sobretudo, eliminar a ameaça dos germes.

Nancy Tomes destaca que as campanhas publicitárias contra os germes se transformaram “numa poderosa força educacional que invocava a autoridade científica” para legitimar a eficácia dos produtos¹⁴ (p. 193). A publicidade apresentava a residência como um ambiente perigoso, potencialmente patológico. Ao mesmo tempo em que levantava a suspeita quanto à segurança das residências, essa mesma publicidade oferecia as soluções para garantir a limpeza, a eliminação dos insetos e dos germes, e, conseqüentemente, a saúde da família.

Esse ambiente patologizado, descrito por Nancy Tomes, refere-se aos Estados Unidos do final do século XIX. Alguns traços desses temores em relação aos germes ainda se faziam presentes no Brasil de meados do século passado, tanto nos manuais de economia doméstica como nos anúncios publicitários. Um ponto destacado por Tomes era o grande temor em relação aos insetos, cada vez mais incriminados como responsáveis pela transmissão de doenças.

O DDT – da guerra aos lares: promessas da eliminação definitiva de insetos e doenças

Mal terminara a guerra e os inseticidas à base de DDT já eram oferecidos pelos anunciantes aqui no Brasil. Marcas como Detefon, Neocid, Flit, entre outras, celebravam sua eficácia no universo doméstico tanto quanto havia sido nas frentes de batalhas: “O Soldado FLIT combate em todas as frentes! [...] Na guerra e na paz, Flit – o inseticida que sempre mata”^(d). (p. 60)

A recorrência dos anunciantes de inseticidas nas revistas ilustradas semanais refletia a tentativa, dos fabricantes, de cultivarem o hábito de utilização desses produtos. Segundo o Ibope, o inseticida passou a figurar na lista de pesquisa do instituto, na versão líquida, somente a partir de 1959. Isso significa que, a exemplo da persistência de se fazerem biscoitos, molhos e massas em casa, os insetos ainda eram combatidos, em muitos lares, com soluções caseiras⁴.

Nesse esforço de se fazer familiar junto ao consumidor, buscavam-se elementos integrantes do cotidiano da época, especialmente da Segunda Guerra Mundial. Os símbolos ligados à guerra, adotados nas campanhas, buscariam remeter o consumidor à ação do produto nos campos de batalha. A lógica era esta: se funcionava no *front*, funcionaria, também, nas residências. O mercado de inseticidas passou a contar com uma variedade de marcas, com um componente em comum: o DDT. Esse princípio ativo foi considerado o “milagre químico” da Segunda Guerra e “a pedra angular” do programa de erradicação da malária da Organização Mundial da Saúde (OMS) a partir de 1955²³. O efeito residual capaz de durar semanas garantiria o sucesso da campanha contra os mosquitos²⁴⁻²⁶.

Se o inseticida exterminaria os mosquitos da malária em várias partes do mundo, o que não seria capaz de realizar no espaço doméstico? Era urgente

^(d) Anúncio do inseticida Flit. O Cruzeiro, 13/01/1945 (n. 12, p. 60). Acervo Estado de Minas/Revista O Cruzeiro.

eliminar os insetos, afinal, segundo o anúncio do inseticida Detefon: “Eles são portadores da morte!”^(e) (p. 113). Os anúncios se reportavam ao conflito mundial, sempre destacando o poder destrutivo do DDT e sua eficácia no combate aos insetos no *front*.

As doenças transmitidas pelos insetos, como piolhos e mosquitos, chegavam a ameaçar a vida dos soldados até mais do que os perigos do confronto militar: “No final dessas guerras, ficou claro que as doenças causadas (sic) por insetos poderiam ser desastrosas para os exércitos”²³. No final de 1942, a companhia química suíça de corantes J. R. Geigy lançou um novo inseticida chamado Gesarol, com o DDT como ingrediente ativo. Sua ação residual durava semanas sem a necessidade de uma reaplicação. Essa sigla se tornaria mundialmente conhecida, e o inseticida considerado o mais eficaz no combate aos insetos nos campos de batalha e, imediatamente, na guerra aos insetos dentro dos lares²³. A indústria química norte-americana usaria o sucesso do DDT na guerra para lançar uma intensa campanha de vendas em seu mercado interno. O DDT se inseriria, com êxito, primeiro, nos lares americanos e, logo em seguida, no mundo inteiro²⁷.

A mesma companhia lançou, pouco depois, o inseticida Neocid. O anúncio falava do desenvolvimento do DDT pela Geigy e de seu reconhecimento mundial. A imagem do globo terrestre ao fundo e várias pessoas com roupas típicas de cada país buscavam reforçar a frase “NEOCID conquistou o mundo inteiro”. Em 1947, os anunciantes ainda utilizariam uma linguagem belicosa: “Dos laboratórios da Geigy, na Suíça, onde foram descobertos os inseticidas à base de DDT, começou a conquista vitoriosa da marca ‘NEOCID’, hoje mundialmente reconhecida [...]” (p. 50)^(f).

A ideia era que o mundo se uniria para combater um “inimigo” comum a todas as nações: os insetos. Para estes, não havia fronteiras, raça, religião ou sexo. O DDT valorizava seu poder destrutivo, aliando sua imagem vencedora a novidades trágicas da guerra, como as armas nucleares: “Na Era Atômica, surge nova força destruidora de insetos nocivos! Entre as grandes descobertas da ciência moderna destaca-se o ‘inseticida de ação permanente’: DETEFON – à base de DDT” (Figura 3).

A devastação causada pelo inseticida era considerada positiva. A alusão à bomba atômica oferecia, ao leitor, uma noção da força destruidora do produto, relacionando suas consequências ao poder de destruição das bombas lançadas em Hiroshima e Nagasaki. O objetivo, também, era enaltecer a capacidade de exterminar os insetos por meio da utilização de um produto fulminante, que vinha com a garantia de ser uma descoberta da “ciência moderna”. O DDT se deslocou do contexto bélico para ser oferecido, imediatamente, às donas de casa como a solução definitiva para o extermínio dos insetos.

O DDT, assim como outros produtos utilizados primeiramente para fins bélicos, acabou sendo incorporado pelo mercado de bens de consumo, para proteger a saúde das famílias em tempos de paz. Primeiro, a saúde dos soldados e, depois, a dos civis – sempre um negócio lucrativo.

^(e) Anúncio do inseticida Detefon. O *Cruzeiro*, 06/12/1952 (n. 8, p. 113). Acervo Estado de Minas/Biblioteca Nacional.

^(f) Anúncio do inseticida Neocid. O *Cruzeiro*, 15/02/1947 (n. 17, p. 50). Acervo Estado de Minas/Biblioteca Nacional.



Figura 3. Anúncio inseticida Deteфон.

Fonte: O Cruzeiro, 01/06/1946 (n. 32, p. 18). Acervo Estado de Minas/ Biblioteca Nacional.

A partir de 1959-1960, os inseticidas e as ceras líquidas passaram a integrar as pesquisas do Ibope⁴. Essa inserção sugere a expansão do consumo destes produtos e a importância e consolidação do uso dos inseticidas nas residências e nos lugares de trabalho. Apelava-se para a necessidade de se reconhecerem os insetos responsáveis por doenças como o tifo, a febre amarela, a malária, entre outras. Convocava-se: “Defenda sua família contra o contágio!” (p. 88)⁽⁸⁾. Em outros momentos, eram as ilustrações as responsáveis por tal lição. O soldadinho Flit, que havia combatido os males no período da Segunda Guerra, foi coadjuvante nesse momento. Ele continuou presente nos anúncios, mas apresentando os insetos em versões amplificadas: “Cabeça de percevejo aumentada cerca de 7.000 vezes” ou “Cabeça [...] de pulga aumentada cerca de 7.000 vezes”.

Informações presentes nos anúncios, como a capacidade de reprodução desses insetos e a apresentação do nome científico, indicam a tentativa de ensinar algo, além de vender o extermínio das pragas. Um pequeno detalhe denota a substituição daquilo que era caseiro, manual, pelo fabricado, industrializado. Na ilustração, uma mulher corre com uma vassoura para matar o inseto. Em tom aconselhador o anúncio critica: “Não faça assim D. Judith!... Use Super Flit!” (Figura 4).

⁽⁸⁾ Anúncio do inseticida Super Flit. O Cruzeiro, 14/03/1953 (n. 22, p. 88). Acervo Estado de Minas/Biblioteca Nacional.

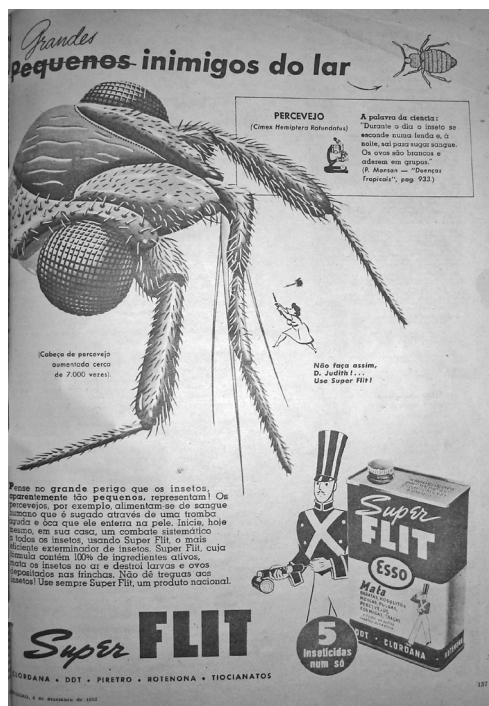


Figura 4. Anúncio inseticida Super Flit.

Fonte: O Cruzeiro, 05/12/1952 (n. 8, p. 137). Acervo Estado de Minas/ Biblioteca Nacional.

O método manual, considerado arcaico e anti-higiênico, de matar o inseto com uma vassoura ou com um calçado deveria ser substituído por um inseticida manufaturado. A discussão sobre a adoção dos inseticidas convergia para a questão da inserção de novos hábitos cotidianos como parte integrante de um mercado de bens de consumo. A preocupação com a eliminação dos insetos se estendeu, também, aos manuais de economia doméstica. Estes adotaram os inseticidas como a solução para o seu extermínio, seja pela compra de produtos industrializados ou utilizando-os em fórmulas caseiras. O manual aconselhava o uso de Detefon ou Super Flyt com uma “certa quantidade de cloreto de cal em solução” no combate aos mosquitos²⁸ (p. 169). Outros manuais que traziam ilustrações de mulheres aplicando o DDT mostravam a utilização do inseticida e acrescentavam: “Os inseticidas à base de DDT combatem com eficácia insetos nocivos à saúde”²¹ (p. 32).

O conhecimento e as teorias em torno dos micro-organismos como transmissores de doenças vinham se estabelecendo desde o último quarto do século XIX, com as descobertas de Louis Pasteur e Robert Koch.

Além do combate aos insetos, o apelo à defesa contra os germes foi outra estratégia para vender produtos relacionados à higiene pessoal e à assepsia da casa: “desde 1910, os germes vinham sendo usados para promover tudo, desde tinta para parede antisséptica e baldes para lixo até produtos de limpeza para casa e pasta de dentes”¹⁴ (p. 193). Na década de 1960, anúncios de ceras para dar brilho e conferir beleza ao assoalho valorizavam o fato de elas também terem componentes contra insetos:

^(h) Anúncio de cera inseticida Johnson. *O Cruzeiro*, 23/03/1963 (n. 24, p. 46-7). Acervo Estado de Minas/Biblioteca Nacional.

“Fácil de brilhar, difícil de gastar, com inseticida! Uma fina camada de Cêra Inseticida Johnson’s no assoalho é o fim das baratas, pulgas e insetos rasteiros... é brilho duradouro... rendimento maior... proteção permanente”^(h).

O anúncio destaca o argumento de que crianças e insetos nunca deviam se encontrar. Enquanto as primeiras corriam para a direita, os insetos iam na direção oposta, fugindo da cera inseticida. O uso da animação e da fábula era uma estratégia de convencimento e uma tentativa de criar empatia com o público leitor, sem causar qualquer tipo de repulsa. Duas pulgas que passavam férias em Copacabana, símbolo do Brasil moderno nos anos 1950 e 1960, acabariam desistindo da viagem temendo a ação do DDT. A dona da casa havia comprado “uma latinha amarela com um produto de nome complicadíssimo que, para facilidade de pronúncia, foi abreviado para DDT”²² (p. 320). As pulgas se amedrontariam: bastava “colocá-lo [...] pelo chão e nas camas, pois é suficiente que um inseto pise nele para que morra”²² (p. 320).

Nos lares higienizados do mundo urbano brasileiro não poderia mais haver lugar para os insetos, que seriam “visitas” indesejadas, tanto à “Princesinha do Mar” ou a qualquer outro lugar. Com a presença do DDT no cotidiano das famílias e a ampliação da oferta de outros inseticidas, esse ideal de purificação do ambiente e da eliminação dos estranhos bichos poderia ser, finalmente, alcançado.

Considerações finais

As aspirações dos fabricantes em vender produtos que combatessem os insetos, ou que possibilitassem a limpeza dos lares, encontrariam, na publicidade dos anos de 1940 a 1960, o instrumento propício. O ideal de uma casa higiênica foi veiculado pela imprensa, em particular pelas revistas ilustradas semanais *O Cruzeiro* e *Manchete*. A ideia de um lar organizado racionalmente era reforçada pelos manuais de economia doméstica. Embora tivessem uma natureza diversa das revistas, os manuais também veiculavam noções de higiene e de limpeza que oscilavam entre o uso de produtos industrializados e de inseticidas como o DDT ou o de preparados caseiros, ou a sua combinação.

A publicidade do período buscou, em uma cultura de higiene urbana e moderna então emergente, elementos para persuadir a dona de casa sobre a necessidade da aquisição de produtos de higiene. Os anúncios também iam ao encontro dos anseios dessas consumidoras. A publicidade vendia ideias e produtos e, ao mesmo tempo, detectava as aspirações explícitas ou latentes desse mesmo público²⁹. O ponto em comum de todos esses veículos era promover o desejo e ensinar a manutenção de casas livres dos insetos e dos germes, sinônimos de sujeira, doenças e desordem. O apelo, presente tanto nos manuais como nos anúncios, era o da eliminação dos germes e dos transmissores que, assim como os humanos, e a eles associados, poderiam estar em qualquer lugar, nas casas, nos automóveis e no transporte público.

Às mulheres também foi conferida a tarefa de eliminar as pestes domésticas, abandonando os métodos arcaicos, como a vassoura, e adotando os produtos oriundos das indústrias química, farmacêutica e de eletrodomésticos. Nesse Brasil moderno, imaginado pela publicidade, a criação de um mercado de consumo da higiene reafirmava o lugar tradicional das mulheres numa sociedade em transformação. Nessa inédita associação entre imprensa, publicidade e indústria no pós-Segunda Guerra, a saúde familiar e doméstica não era pública, mas algo que poderia ser comprado e consumido, mesmo que por uma parcela restrita da população.

Colaboradores

Elizabeth Mayummy Kobayashi foi a responsável pela pesquisa e análise das fontes e pela redação das versões preliminares do artigo oriundas de sua tese de doutorado. Gilberto Hochman responsabilizou-se pela supervisão da pesquisa, pela análise das fontes e discussão bibliográfica e redação final do artigo.

Agradecimentos

Pesquisa desenvolvida no âmbito do Projeto Saúde, Democracia e Desenvolvimento no Brasil, 1945-1964, coordenada por Gilberto Hochman (PQ/CNPq, n.311700/2013-6) e com bolsa de doutorado da Fiocruz de Elizabeth M. Kobayashi. Agradecemos as sugestões e críticas dos pareceristas anônimos e a leitura atenta de Simone Kropf.

Referências

1. Mello JMC, Novais FA. Capitalismo tardio e sociabilidade moderna. In: Schwarcz LM, organizadora. História da vida privada no Brasil: contrastes da intimidade contemporânea. São Paulo: Companhia das Letras; 2006. v. 4, p. 559-658.
2. Neder G. Ajustando o foco das lentes: um novo olhar sobre a organização das famílias no Brasil. In: Kaloustian SM, organizador. Família brasileira, a base de tudo. São Paulo: Cortez; 2005. p. 26-46.
3. Botelho A, Bastos ER, Villas-Bôas G, organizadores. O moderno em questão: a década de 1950 no Brasil. Rio de Janeiro: Toopbooks; 2008.
4. Martini SRM. O Ibope, a opinião pública e o senso comum dos anos 1950: hábitos, preferências, comportamentos e valores dos moradores dos grandes centros urbanos (Rio de Janeiro e São Paulo) [tese]. Campinas (SP): Instituto de Filosofia e Ciências Humanas; 2011.
5. Abreu AA. Revisitando os anos 1950 através da imprensa. In: Botelho A, Bastos ER, Villas-Bôas G, organizadores. O moderno em questão: a década de 1950 no Brasil. Rio de Janeiro: Toopbooks; 2008. p. 211-35.
6. Sodré NW. História da imprensa no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1977.
7. Barbosa M. O Cruzeiro: uma síntese de uma época da história da imprensa brasileira. Ciberlegenda [Internet]. 2011 [acesso 2015 Nov 30]. Disponível em: <http://www.uff.br/ciberlegenda/ojs/index.php/revista/article/view/331>
8. Andrade AMR, Cardoso JLR. Aconteceu, virou Manchete. Rev Bras Hist (São Paulo). 2001; 21(41):243-64.
9. Bloch A. Os irmãos Karamabloch: ascensão e queda de um império familiar. São Paulo: Companhia das Letras; 2008.
10. Barbosa M. História cultural da imprensa: Brasil 1900-2000. Rio de Janeiro: Mauad; 2007.
11. Ribeiro APG. Imprensa e história no Rio de Janeiro dos anos 1950. Rio de Janeiro: E-papers; 2007.
12. Corrêa TS. A era das revistas de consumo. In: Martins AL, Luca TR, organizadoras. História da imprensa no Brasil. São Paulo: Contexto; 2008. p. 207-32.
13. Tomes N. The gospel of germs: men, women, and the microbes in American life. Massachusetts: Harvard University Press; 1999.
14. Tomes N. The making of a germ panic, then and now. Am J Public Health. 2000; 90(2):191-8.
15. Serrano IA. Minha casa. Rio de Janeiro: Vozes; 1945.

16. Carvalho VC. Gênero e artefato: o sistema doméstico na perspectiva da cultura material – São Paulo, 1870-1920. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, Fapesp; 2008.
17. Silva JLM. Cozinha modelo: o impacto do gás e da eletricidade na casa paulistana (1870-1930). São Paulo: Edusp; 2007.
18. Freire MML. Mães, mulheres e médicos: discurso maternalista no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; 2009.
19. Armus D. La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura em Buenos Aires, 1870 – 1950. Buenos Aires: Ensayo Edhasa; 2007.
20. Gonçalves H. A tuberculose ao longo dos tempos. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2000; 7(2):303-25.
21. Grechi H, Penna HBR. Economia doméstica e puericultura de acôrdo com os programas oficiais. São Paulo: Melhoramentos; 1954.
22. Lar feliz, o livro dos bons conselhos. Rio de Janeiro: Lar Feliz; 1947.
23. Stapleton DH. The short-lived miracle of DDT. *Am Herit Invent Technol*. 2000; 15(3):34-41.
24. Garrett L. A próxima peste: novas doenças num mundo em desequilíbrio. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1995.
25. Dunlap TR. DDT: scientists, citizens, and public policy. Princeton: Princeton University Press; 1982.
26. Russel E. War and nature: fighting humans and insects with chemicals from world war I to silent spring. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
27. Kinkela D. DDT and the American century: global health, environmental politics, and the pesticide that changed the world. Chapel Hill: NC Press; 2011.
28. Niodossi R. Tesouro doméstico. 2a ed. Rio de Janeiro: Gráfica e Editora Aurora; 1954. (Moderna Enciclopédia do Lar)
29. Figueiredo ACCM. “Liberdade é uma calça velha, azul e desbotada”: publicidade, cultura de consumo e comportamento político no Brasil (1954-1964). São Paulo: Hucitec; 1998.

Kobayashi EM, Hochman G. *De patológicos a higiênicos: los hogares modernos y la prensa en Brasil después de la Segunda Guerra Mundial*. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):967-79.

En este artículo se analiza la “patologización” de los hogares brasileños como estrategia publicitaria para convencer a las amas de casa respecto a que los insectos domésticos podían ser eficazmente combatidos con el consumo de productos electrodomésticos, insecticidas y artículos de limpieza. De las décadas del '40 a los '60 Brasil buscó consolidar su parque industrial y un mercado de consumo que apuntaba a remplazar las soluciones caseras y tradicionales por nuevos y modernos productos que prometían convertir hogares percibidos como enfermos en ambientes higiênicos y saludables. El argumento central del trabajo subraya que esta oferta de soluciones modernas frente a los desafíos de gestionar un ambiente hogareño sano operó sobre una cultura de la higiene que ya estaba bien establecida entre las clases medias urbanas brasileñas.

Palabras clave: Consumo. Higiene. Prensa. Insecticidas. Industrialización.

Submetido em 15/12/15. Aprovado em 06/03/16.

Entre políticas (EPS - Educação Permanente em Saúde e PNH - Política Nacional de Humanização):

por um modo de formar no/para o Sistema Único de Saúde (SUS)

Michele de Freitas Faria de Vasconcelos^(a)

Célia Adriana Nicolotti^(b)

Jeane Felix da Silva^(c)

Sônia Maria Lievori do Rego Pereira^(d)

Vasconcelos MFF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SMLR. In-between policies (CEH - Continuing Education in Health and NHP - Humanization National Policy): towards a way to educate in/for the Brazilian National Health System (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):981-91.

We aim to reflect on the education in/for the SUS, as we stand at the crossroads between the health and education fields. In order to do so, we follow our own experiences with "Rede Cegonha" (Maternal care program called Stork Network), in the Ministry of Health, especially when it comes to monitoring the implementation of Support Centers for the Development of Good Practices in Management and in Obstetric and Neonatal Care. We think that health care improvement (in this particular case, for women and children) depends on experiencing an ethical-political-pedagogical framework, since we understand the health field as a teaching (pedagogic-body format) and learning field (experimentation of singular forms of health practices). Such framework unfolds into educational guidelines whose potential seems to lie on developmental way to make, know and produce education within SUS, and it means having work-education-intervention-management all together as inseparable actions.

Keywords: Education. Public Health. Health Education. Continuing Education. Education-intervention.

Situando-nos no cruzamento entre as áreas da saúde e educação, propomos refletir sobre formação no/para o SUS a partir de nossas experiências junto à Rede Cegonha, no Ministério da Saúde, especificamente no acompanhamento da implantação dos Centros de apoio ao desenvolvimento de boas práticas na gestão e atenção obstétrica e neonatal. Entendendo o campo da saúde como um território de ensino (formatações pedagógico-corporais) e de aprendizagens (experimentação de formas singulares de práticas de saúde), pensamos que a qualificação do cuidado em saúde (nesse caso particular, de mulheres e crianças) passa pela experimentação de um referencial ético-político-pedagógico que se desdobra em diretrizes formativas cuja potência parece se situar na gestação de um certo modo de fazer-saber-produzir formação no SUS que se tece na indissociabilidade entre trabalho-formação-intervenção-gestão.

Palavras-chave: Educação. Saúde Pública. Formação em Saúde. Educação Permanente. Formação-intervenção.

^(a) Departamento de Educação da Universidade Federal de Sergipe, campi de Itabaiana (DEDI/ UFS). UFS Campus Universitário Professor Alberto Carvalho, Departamento de Educação/DEDI. Avenida Vereador Olímpio Grande, s/n, Centro. Itabaiana, SE, Brasil. 49 500-000. michelevasconcelos@hotmail.com

^(b,d) Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. celia.nicolotti@saude.gov.br; sonia.lievori@saude.gov.br

^(c) Departamento de Habilitações Pedagógicas, Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, PB, Brasil. jeanefelix@gmail.com

Meyer, Felix e Vasconcelos¹ afirmam que somos educados por um conjunto de processos que nos transformam e por meio dos quais somos transformados em sujeitos de uma cultura, como, por exemplo, em sujeitos de uma cultura de saúde e, de um modo mais específico, de uma cultura profissional de saúde que se gesta no bojo do sistema de saúde, no Brasil. "Tornar-se sujeito dessa cultura envolve um complexo de processos de ensino e de aprendizagem que permeiam muitas instâncias e dimensões de nossas vidas e incluem o que outras abordagens separam como educação e socialização"¹ (p.860).

Acompanhando o pensamento de Marlucy Paraíso², para as autoras supracitadas, educar suporia processos de ensino e de aprendizagem, em que ensinar tratar-se-ia de um processo que propõe governar, homogeneizar e normalizar condutas. Aprender, por outro lado, suporia criar possibilidades de singularização, entendida como "a diferença que resulta em nós, e que desfaz o nós, abrindo-nos para outros modos de ser e de estar no mundo, bifurcando essa busca pelo homogêneo que pauta o ensinar"¹ (p. 860-1). Iniciamos esse texto com esse entendimento de que educar envolve processos de ensino-aprendizagem, na medida em que, ao nos propor fazer-pensar formação de profissionais de saúde, parece ser necessário, quando se almeja qualificar práticas de saúde (pública), entender que aprender supõe, sobretudo, abrir o corpo para desaprendizagens...

A formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) não é uma questão nova, mesmo assim, continua sendo uma preocupação recorrente de gestores/as, instituições educativas e profissionais de diversos campos de fazer-saber, sobretudo, os campos da Saúde Pública e da Educação. A distância entre aquilo que comumente chamamos de formação teórica e o cotidiano do trabalho nos serviços de saúde é tema corriqueiro em processos de formação de trabalhadores/as do SUS. Como trabalhadoras e pesquisadoras do/no SUS, também temos nos preocupado com o tema da formação. Neste artigo, propomos refletir sobre a formação a partir de nossas experiências junto à Rede Cegonha (RC) no âmbito do Ministério da Saúde, mais especificamente no trabalho de acompanhamento do processo de implantação da proposta de constituição de algumas maternidades brasileiras como *Centros de apoio ao desenvolvimento de boas práticas na gestão e atenção obstétrica e neonatal*^(e).

A Rede Cegonha foi lançada em 2011 pelo Governo Federal³, com o objetivo de fomentar atenção humanizada ao pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil (para crianças com até dois anos de idade) em todos os serviços do SUS. A mirada é a qualificação de práticas de gestão e atenção obstétrica e neonatal, abarcando, para isso, um conjunto de serviços, práticas de saúde, profissionais e usuárias/os que se estende desde as maternidades até as instâncias de atenção básica e as redes prioritárias de atenção à saúde, além das esferas de mobilização social. A Rede Cegonha defende que as mulheres, suas crianças e familiares podem e devem assumir a condição de protagonistas no processo de produção cogerida de saúde materna e infantil. Ou seja, de que usuárias/os do SUS, juntamente com gestores/as e trabalhadores/as, possam participar da construção cotidiana do cuidado e da gestão em saúde. Defende, ainda, a construção de modos de cuidado contextualizados, considerando: as especificidades territoriais, cada momento, cada serviço, cada equipe, bem como as singularidades de cada mulher grávida e seu contexto sociocultural. Nessa direção, a Rede Cegonha tem investido, entre outras coisas, em processos/estratégias formativas voltadas para profissionais que atuam no campo da saúde reprodutiva e dos cuidados com crianças.

(e) Cabe informar que, neste texto, estamos tomando como referência a experiência dos anos de 2013 e 2014.

Uma dessas estratégias é a proposta dos *Centros de apoio ao desenvolvimento de boas práticas na gestão e atenção obstétrica e neonatal*^f que, como já dissemos, funcionará neste artigo como experiência-questão no tateio de elementos para pensar-encarnar um modo potente de formar no SUS.

A proposta dos *Centros de apoio ao desenvolvimento de boas práticas na gestão e atenção obstétrica e neonatal*

A proposta dos *Centros de apoio ao desenvolvimento de boas práticas na gestão e atenção obstétrica e neonatal* diz respeito a um movimento formativo desencadeado pelo Ministério da Saúde/Rede Cegonha com vistas a: produzir e aquecer uma rede de “maternidades de referência” em todo o território brasileiro, que possa contribuir com a implementação e a capilarização de boas práticas de gestão e atenção ao parto e nascimento; promover espaços de qualificação na saúde materna e infantil, por meio da produção, incorporação e socialização de saberes e tecnologias obstétricas e neonatais; produzir espaços coletivos (intra e intermaternidades, bem como entre maternidades e atenção básica) de reflexão, intervenção e qualificação dessas práticas. Nessa direção, delimitou-se o seguinte objetivo central:

[...] apoiar a qualificação de práticas de gestão e atenção obstétrica e neonatal, com ações junto aos serviços que integram a Rede Cegonha, norteadas pelas diretrizes da Rede Cegonha, Política de Humanização e Política de Educação Permanente, com destaque para: as perspectivas de formação-intervenção indicadas neste Documento; atenção obstétrica e neonatal orientadas pela humanização e pelas práticas baseadas em evidências científicas; gestão participativa/cogestão, com envolvimento de gestores/as, trabalhadores/as e usuárias/os, assim como do controle social e da mobilização social; monitoramento e avaliação das práticas de saúde materna e infantil.⁴ (p. 14-5)

Para uma maternidade funcionar como um Centro de Apoio da Rede Cegonha, foram desenvolvidos alguns critérios, que podem ser observados no documento *Guia dos Centros de apoio ao desenvolvimento de boas práticas na gestão e atenção obstétrica e neonatal*^f. A partir de tais critérios, a proposta dos Centros de Apoio teve como ponto de partida o mapeamento de maternidades brasileiras que já tivessem iniciado experiências de qualificação da gestão e do cuidado em saúde materna e infantil, com potencial para contribuir com a disseminação de boas práticas. Assim, foram, primeiramente, selecionadas seis maternidades espalhadas pelas regiões brasileiras, com exceção do Centro-Oeste^(f).

Como estratégias formativas para conformação dos Centros de Apoio, citam-se: elaboração de plano de ação validado com o Ministério da Saúde e o coletivo local da maternidade candidata; desenvolvimento de atividades formativas e trocas de experiências realizadas pelo Ministério da Saúde em conjunto com as maternidades candidatas; realização de Seminários de Boas Práticas de atenção e gestão obstétrica e neonatal em cada maternidade candidata a Centro de Apoio. Como ofertas de formação a serem disponibilizadas por cada Centro para outros serviços, destacam-se: realização de Seminários de Boas Práticas; visitas técnicas de serviços às maternidades Centros de Apoio; Conferências on-line; atividades formativas inspiradas na experiência do VER-SUS^(g) com foco na articulação entre

^(f) Mais detalhes sobre esse processo, consultar: Documento Guia dos Centros de Apoio⁴.

^(g) Mais informações sobre o VER-SUS, consultar, por exemplo: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf

equipe dos Centros de Apoio e equipes da atenção básica e de outras maternidades próximas, com objetivo de criar espaços de discussão entre esses serviços do SUS sobre humanização e gestão do parto e nascimento, diretrizes/dispositivos da Rede Cegonha com foco no pré-natal e no acolhimento em rede⁴.

A proposta é a de que as ações do campo formativo a serem desenvolvidas pelos Centros de Apoio sejam construídas coletivamente, envolvendo as equipes técnicas no Ministério da Saúde e nos Centros de Apoio. A ideia central é a de que as maternidades-centro possam receber (presencialmente e/ou virtualmente) trabalhadores/as e gestores/as dos vários pontos de atenção da rede de saúde. Nessa inserção, os profissionais visitantes podem observar/participar do desenvolvimento de atividades cotidianas e compor momentos de discussão coletiva sobre práticas locais (ao invés de práticas 'idealizadas'), desenhando, assim, um espaço formativo e de corresponsabilização pelo trabalho em que o grande material pedagógico seja o cotidiano dos processos de trabalho, de modo que essa experiência formativa possa refletir na qualificação de práticas de atenção e gestão obstétrica e neonatal no ponto de atenção/gestão em que atuam, bem como nas próprias maternidades visitadas. Em outros termos, pode-se dizer que esse processo de formação tem uma dupla finalidade: por um lado, colabora com as maternidades-centros de apoio, fazendo-as colocar suas práticas em análise, e, por outro, colabora com as equipes e os serviços visitantes.

Apostamos que a estratégia formativa dos Centros de Apoio pode ser potente, na medida em que abra caminho para se colocar, coletivamente, o cotidiano dos processos de trabalho em análise, abrindo espaços (formativos) para sua qualificação. Ancorando-se nessa estratégia formativa, a proposta dos Centros de Apoio gesta-se como uma forma (micro)político-pedagógica de "colocar os processos de trabalho 'reais' na cena educativa"¹ (p. 865). Estamos, pois, falando da possibilidade de experimentação de uma estratégia formativa, por meio da qual se construa relações e processos que articulem equipes, usuáries/os, práticas organizacionais interinstitucionais e/ou intersetoriais, bem como políticas de saúde⁵. Ou seja, trata-se de processos educativos que envolvem todos os sujeitos engajados com a produção de saúde em um determinado contexto (por exemplo, um serviço de saúde, como uma maternidade; ou uma rede de saúde, como a Rede de Atenção Materna e Infantil, por exemplo).

Em suma, tomamos a proposta dos Centros como ponto de partida deste artigo, na medida em que ela se centra justamente na disponibilização de um conjunto de práticas formativas voltadas para profissionais de maternidades e da atenção básica. Ao experimentarmos a operacionalização e desdobramento de tais práticas, vamos construindo, coletivamente e em ato, um referencial ético, político e pedagógico que intentamos aqui publicizar, uma vez que ele funcionou nessa experimentação como norte para um "ir dando forma" a modos de formar no SUS cuja potência parece se localizar no fomento a espaços locais e coletivos de reflexão, produção de conhecimentos em saúde e mudanças/qualificações de processos de trabalho.

Vale dizer que esse referencial ético-político-pedagógico que se desdobra em diretrizes formativas para os Centros gesta-se nas articulações entre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS⁶ e a Política Nacional de Humanização – PNH^{7,8}, políticas do Sistema Único de Saúde – SUS, gestadas no Ministério da Saúde, em 2003, e comprometidas com a formação de profissionais do/no/para o SUS. As estratégias de formação no âmbito da Rede Cegonha, de nosso ponto de vista, mesclam, de modo bastante potente, essas duas políticas. A potência dessa mescla, dessa habitação "entre" políticas parece se situar na gestação de "um certo" modo de fazer-saber-produzir formação no SUS que se tece na indissociabilidade entre trabalho-formação-intervenção-gestão. É a respeito dessa tessitura que almejamos aqui discorrer.

Da indissociabilidade entre formação e (cotidiano do) trabalho

A partir de experiências acumuladas com a Rede Cegonha^{4,9-11}, pode-se afirmar que mudar o modelo de atenção e de gestão materna e infantil envolve uma dimensão micropolítica, de construção de vias para produzir alterações de práticas cotidianas inscritas em cenários de trabalho também cotidianos. Uma dessas vias envolve ações formativas processuais e contextualizadas que abarquem as necessidades locais dos/as profissionais envolvidos/as nessas práticas.

Como já dissemos, na Rede Cegonha, as ações formativas realizadas e incentivadas pelo Ministério da Saúde fundamentam-se na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde⁶ e na Política Nacional de Humanização⁷. A (micro)política educacional na qual se respalda a Rede Cegonha coaduna com o sentido construído por essas duas políticas, na medida em que, para ambas, é fundamental que a formação aconteça no próprio espaço de trabalho, e que ela seja capaz de provocar mudanças nos processos de trabalho instituídos, desnaturalizando-os, transformando-os, vitalizando-os.

^(h) A respeito desse conceito, ver: Foucault²⁰ e Paraíso².

A PNEPS e a PNH, cada uma a seu modo, propõem a (des)aprendizagem^(h) em serviço, onde ensinar e aprender se incorporam nos processos cotidianos de trabalho e nos problemas/fazer/saberes que ali são apresentados e inventados. Nessa direção, entende-se que o cotidiano dos serviços de saúde, em suas relações com os modos de fazer a atenção e a gestão, é matéria constituinte e, portanto, primordial na construção de processos de formação que busquem enfrentar os desafios da concretização do SUS¹². Ações de formação devem, pois, envolver e funcionar no cotidiano dos serviços e redes de saúde.

A partir de tais direcionamentos, a aposta é investir em processos educativos com potência para por :

[...] o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza[m] pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita[m] construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.⁵ (p. 161)

Desse modo, queremos não perder de vista que, baseadas nos assinalamentos da EP e da PNH, as estratégias educacionais da Rede Cegonha partem da indissociabilidade entre formação e trabalho¹⁴ e, desse modo, se fiam na experiência de trabalho concreta de coletivos organizados para a produção de saúde materna e infantil, sobretudo, equipes de maternidades. Nessa mesma direção, apontam Meyer, Felix e Vasconcelos:

Os processos pedagógicos que tendem a fazer sentido para trabalhadores/as são aqueles que partem dos problemas que estes/as enfrentam no cotidiano do trabalho e que levam em consideração saberes e experiências que se construíram bem ali: no dia a dia do trabalho (e não somente nem primeiramente os saberes oriundos dos laboratórios, das bibliotecas, das cadeiras da academia).¹ (p.869)

Os Centros de Apoio são instituições reconhecidas pela implementação de boas práticas em saúde obstétrica e neonatal. Essas boas práticas partem de indicações respaldadas num certo acúmulo de práticas e saberes institucionalizados, mas dizem respeito, também, a práticas contingenciais e locais, que emergem dos impasses, desafios, limites e possibilidades enfrentados no cotidiano do trabalho, e que dão um colorido singular aos saberes e fazeres acumulados. No contexto da RC, boas práticas referem-se, então, a ações críticas e éticas contextualizadas num dado espaço e tempo, num dado serviço com equipe e usuárias/os singulares e práticas conformadas a partir de saberes prescritos que foram acumulados (pelas instituições, seus profissionais e usuárias/os) e que foram ou estão sendo torcidos, repensados, modificados. Muitas dessas práticas, por vezes desumanizadoras, têm sido naturalizadas e banalizadas em nossos serviços, e é sobre elas que se quer intervir. Boas práticas, no sentido que estamos lhe atribuindo aqui, referem-se aos movimentos de mudança

e de resistência a tais práticas desumanizadoras e aos saberes prescritos que colocam, no centro da tomada de decisão, um/a profissional 'especialista' (ou um conjunto de profissionais) e o saber científico (que tende a ser compartimentalizado e descontextualizado), desconsiderando fazeres e saberes mais mestiços e cotidianos que se gestam por entre práticas de saúde cotidianas. Significam, ainda, as experiências/experimentações cotidianas do trabalho em saúde materna e infantil, que vão sendo gestadas na composição com problemas enfrentados diariamente¹³. Em outras palavras, entendemos que boas práticas formativas são, sobretudo, processos pedagógicos que, em vez de práticas formativas prescritivas e generalizáveis, se desenvolvem no fomento de práticas formativas que possibilitam múltiplas formas de ação¹⁵, encarnadas em necessidades contextualizadas e coletivas.

Essas experimentações formativas tomam, pois, a reflexão coletiva sobre situações vivenciadas nos cotidianos dos serviços como *lócus* educativo, entendendo as práticas de gestão e de cuidado como processos pedagógicos por meio dos quais se ensina e se (des)aprende coletivamente e cotidianamente.

Da indissociabilidade entre formação-trabalho-intervenção

Os processos educativos da Rede Cegonha também tentam se constituir simultaneamente em processos de formação-intervenção¹². Assim, os processos formativos buscam focar nas relações concretas que se estabelecem entre práticas, pessoas, serviços nos cotidianos de trabalho. Nesse sentido, objetivam abrir espaços coletivos para reflexão e interferência nos processos de trabalho, envolvendo negociação e articulação de saberes e fazeres de gestores/as, trabalhadores/as e usuários/as, ou seja, corresponsabilizando os sujeitos envolvidos nos processos de qualificação da gestão e atenção obstétrica e neonatal. Em outros termos, trata-se de processos educativos que se tecem por entre relações concretas estabelecidas no cotidiano da produção em saúde, por meio do fomento a espaços coletivos de reflexão, intervenção e qualificação de processos de trabalho.

O que se quer, pois, é interferir nas práticas desenvolvidas no cotidiano dos espaços e processos de trabalho. Pretende-se que este exercício de interferência opere abrindo espaço para o desenvolvimento de novas práticas e modos de fazer em saúde, ampliando, assim, a capacidade de enfrentamento de problemas pela elaboração de planos/projetos de intervenção resultantes do exercício coletivo de reflexão a respeito dos processos de trabalho.

As práticas formativas da RC objetivam, assim, "dialogar com redes de saberes e experiências"¹²(p. 20). Todavia, por meio desse diálogo, não se pretende constatar ou verificar um dado processo de trabalho; tampouco aplicar/prescrever conhecimentos a uma dada situação de trabalho. O que se quer por meio desse diálogo é interferir em tais processos e situações, levando em consideração saberes e fazeres cotidianos, mas ofertando, também, outros saberes e fazeres, produzindo qualificações. Em outros termos, está-se propondo uma formação que, ao invés de desqualificar saberes e aprendizagens que a equipe já possui (e que fazem sentido dentro de um determinado paradigma ainda vigente com muita força em diversos serviços do SUS), visa, a partir da análise desses saberes inscritos no cotidiano de trabalho, propiciar reflexões e promover mudanças no modelo de assistência e cuidado às mulheres-mães e seus filhos e filhas recém-nascidos/as. Nossa aposta é em um processo de mudança que seja desencadeado a partir de processos de formação-intervenção "que se construam por entre as formas [de trabalho] dadas, incitando a criação de outras possíveis, mantendo a tensão entre problematização e ação"¹²(p. 20).

Da indissociabilidade entre trabalho-formação-gestão

Como vimos argumentando até aqui, não compreendemos uma formação que promova mudanças nos serviços de saúde se esta não se der pelo caminho da construção coletiva, da aprendizagem do/ no cotidiano do próprio trabalho e da gestão compartilhada. Dessa forma, nossa aposta é justamente na dimensão formativa dos espaços cogeridos e de cogestão em ato. Isto é, se pensam os espaços formativos como espaços de cogestão, e os espaços de cogestão como *lócus* formativos em saúde, na medida em que são nesses espaços que se articulam, negociam apr(e)endem/inventam sujeitos e

práticas. Assim, se quer desenhar processos formativos que se desenvolvam abrindo caminho para a cogestão. É nesse sentido que¹⁶ os processos formativos da RC, respaldados nas políticas educacionais da EP e da PNH, implicam articulação entre a diretriz da cogestão e a dimensão formativa operada no cerne da RC.

Ao se adotar essa abordagem, parte-se do princípio de que profissionais de saúde, apoiadores/as institucionais e usuários/as das maternidades e das redes perinatais são protagonistas do processo de mudança de práticas que se quer operar com a RC. Portanto, são capazes de produzir conhecimento e de incorporar, no cotidiano do trabalho, novas formas de cuidar, gerir e formar em saúde.

A partir das experiências iniciais com os Centros de Apoio, sobretudo, com os resultados expressivos das visitas técnicas, constatamos que, na articulação formação-trabalho-cogestão, as equipes mobilizaram esforços para qualificação de práticas de gestão e atenção obstétrica e neonatal. Por meio desses movimentos iniciais, indicamos, aqui, alguns caminhos formativos:

- Implementar (micro)políticas educacionais em consonância com necessidades locais, planejando coletivamente processos de formação, envolvendo equipes técnicas, gestores/as e usuários/as;
- Apoiar a constituição e/ou fortalecimento dos espaços de cogestão dos serviços de saúde entendendo-os como *lócus* de formação engajados na construção dos processos formativos locais;
- Seguir o indicativo de construção de processos formativos articuladores de redes de saúde, envolvendo formação e discussão entre serviços e entre redes de atenção;
- Realizar visitas técnicas a serviços de referência, entendendo-os como espaços de troca de experiências, reflexão de práticas locais, corresponsabilização pelo trabalho e mudanças de práticas, tanto nos serviços visitados quanto nos visitantes;
- Desenvolver estratégias virtuais e editoriais para socialização/publicização das experiências formativas no Sistema Único de Saúde.

Por uma formação no SUS que (pode) dar certo!

Num contexto 'formativo', que articula formação-trabalho-intervenção-cogestão na Rede Cegonha, se quer: 1) ir na contramão de uma atenção à saúde muito arraigada a prescrições generalizantes técnico-burocráticas e institucionais, que tendem a naturalizar e generalizar necessidades das usuárias; 2) conformar espaços permanentes e coletivos de discussão sobre as práticas produzidas no cotidiano do trabalho em saúde materna e infantil; 3) apostar na educação processual em serviço como estratégia para transformação de práticas de atenção em saúde, de mudanças nas relações entre gestores/as, trabalhadores/as e usuários/as e de alteração nas relações entre os pontos das Redes de Atenção em Saúde, mais particularmente, das redes perinatais; 4) aumentar a capacidade de acolhimento e cuidado às 'reais' necessidades de mulheres e crianças singulares; 5) diminuir iniquidades no acesso e na qualidade da atenção materna e infantil.

A partir do exposto, apostamos que o modo de fazer-pensar formação em saúde que vimos desenhando/ensaiando por dentro da Rede Cegonha pode ser uma via, dentre tantas outras, para se pôr em prática princípios do SUS no cotidiano dos serviços e redes de saúde, qualificando modos de gerir e cuidar da saúde materna e infantil. Nessa perspectiva, esse modo de fazer-pensar formação em saúde propicia processos de ensino e (des)aprendizagem para os/as profissionais e instituições que se dispõem a utilizar situações/problemas cotidianos na reflexão/elaboração de outras e novas propostas.

Para tanto, tal aposta incide em práticas de formação processuais (e não capacitações pontuais), engajadas com os impasses e desafios que os processos de trabalho em saúde colocam para trabalhadores/as, gestores/as e usuários/as no cotidiano dos serviços e da rede perinatal (em vez de prescrever 'fórmulas mágicas' descontextualizadas, que quase nunca resolvem os problemas definitivamente). Em outros termos, o sentido de formação que se delinea extrapola "o sentido clássico da aquisição de conhecimentos técnico-científicos referidos a uma dada profissão e a serem aplicados em uma dada realidade"¹² (p. 17), na medida em que diz respeito à produção de realidades, de sujeitos e seus modos de gerir e cuidar em saúde materna e infantil.

Temos, pois, experimentado espaços na Rede Cegonha propícios para a realização de práticas pedagógicas que se tecem no cotidiano de trabalho de profissionais; e que essas práticas são

poderosas na direção de interferir e mudar práticas já naturalizadas em nossa cultura, inclusive, na cultura institucional dos serviços e redes de saúde. Assim, em vez das demasiadas e desnecessárias intervenções biomédicas sobre o corpo da mulher e da criança, almeja-se intervir em práticas naturalizadas invasivas, não negociadas, 'desumanizadoras'.

Em suma, o que estamos propondo é que, por meio de práticas formativas, pela reflexão e intervenção coletiva em práticas de saúde materna e infantil "desumanizadoras" naturalizadas, se pode fortalecer a tessitura de uma rede coletiva de produção de conhecimentos e práticas de saúde materna e infantil que seja capaz de transformar uma racionalidade e um cenário de (des)cuidado naturalizado. Nesse cenário, como vimos discutindo em outros trabalhos¹⁷, mulheres tendem a peregrinar entre os serviços de saúde; a assistência ao pré-natal oferecido pela Atenção Básica tende a não conversar com a assistência ao parto que acontece na maternidade; a mulher tende a parir numa maternidade a qual nunca visitou. Nele, processos de trabalho tendem a se estabelecer de modo hierarquizado e a comunicação a se dar de forma verticalizada; a mulher e sua família tendem a ser aliados do protagonismo na produção do cuidado; a gravidez tende a ser transmutada em doença e a mulher grávida em doente, sujeita, no pré-natal, parto e pós-parto, a intervenções e decisões da equipe de 'saúde' sobre seu corpo e seus modos de cuidar de si e do bebê. Isso para não falar na naturalização de certas concepções e hierarquizações e morais de gênero, de faixa etária e de raça/cor- etnia que tendem a acompanhar a atenção materna e infantil produzida.

Assim, como observado em nossas inserções nas redes de saúde de mulheres e crianças Brasil afora (infelizmente), o corpo da mulher grávida alvo do cuidado em saúde tende a ser naturalizado e subsumido à noção constructo mulher-branca-adulta-heterossexual-mãe. Por meio dessa naturalização, tende-se a produzir cenários e práticas institucionais violentas, tais como: a constatação de que as mulheres grávidas que mais morrem no Brasil são mulheres negras, observação de cenas de racismo institucional; o não-acolhimento – ou acolhimentos 'enviesados' – a situações de abortamento e de gravidez na adolescência; a não permissão de homens como acompanhantes no parto; isso para não citar 'antigas' abordagens de 'incentivo' ao parto, ainda vivenciadas em maternidades no momento de assistência ao parto: 'se não doeu (gritou) para entrar, não pode doer (gritar) para sair' ou 'aqui quem sabe o que fazer sou eu, fica deitada aí quietinha'.

A intervenção (trans)formativa que estamos aqui propondo ganha coloridos louraurianos¹⁸ e foucaultianos¹⁹: produzir perturbações no que parece óbvio, no que aparecem nas cenas instituídas da gravidez, do parto e do nascimento como toleráveis, não tolerando o que a maioria das pessoas acha 'normal'/natural/tolerável. Intervir, então, por meio de práticas formativas em saúde, para produzir uma instalação coletiva que possibilite o escamar de 'lugares-comuns' no que se refere à saúde, à doença, ao corpo, à normalidade, à mulher, à gravidez, à tolerância. Intervir para colocar em suspensão:

[...] algumas "evidências", [...] de modo que certas frases não possam mais ser ditas tão facilmente, ou que certos gestos não mais sejam feitos sem, pelo menos, alguma hesitação; contribuir para que algumas coisas mudem nos modos de perceber e nas maneiras de fazer; participar desse difícil deslocamento das formas de sensibilidade e dos umbrais de tolerância.¹⁹ (p. 347)

Essa intervenção (trans)formativa ganha, então, contornos de (des)aprendizagens; levar em consideração as cenas mais corriqueiras e cotidianas de atenção materna e infantil, pede por problematizações e desnaturalizações de concepções e práticas discursivas e não discursivas, práticas que circulam como verdades e que, por isso, restringem nossa capacidade de (com)fabular outras práticas, abrindo o corpo do cuidado e os nossos corpos para um movimento de (des)aprender o que, por muito tempo, toda uma moral/cultura biomédica, classista, machista, racista, sanitária, institucional nos inculcou. Intensificando esse convite para abrir os corpos para desaprendizagens², gostaríamos de fechar o texto com Alberto Caieiro²¹ (p. 70):

[...]. Procuo despir-me do que aprendi,
Procuo esquecer-me do modo de lembrar que me ensinaram,
E raspar a tinta com que me pintaram os sentidos
[...]

O essencial é saber ver.
- Mas isso (triste de nós que trazemos a alma vestida!),
Isso exige um estudo profundo,
Uma aprendizagem de desaprender...

Colaboradores

As autoras participaram ativamente de todas as etapas, desde a elaboração à revisão.

Referências

1. Meyer D, Felix J, Vasconcelos M. Por uma educação que se movimente como maré e inunde os cotidianos de serviços de saúde. *Interface* (Botucatu). 2013; 17(47):973-85.
2. Paraíso M. Raciocínios generificados no currículo escolar e possibilidades de aprender. In: Leite C, organizador. *Políticas, fundamentos e práticas do currículo*. Porto: Porto Editora; 2011. p. 147-60.
3. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. [acesso 2015 Fev 15]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres/Política Nacional de Humanização. *Guia dos Centros de Apoio ao Desenvolvimento de Boas Práticas na Gestão e Atenção Obstétrica e Neonatal (em fase de revisão final)*. Brasília (DF): SAS; 2014.
5. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface* (Botucatu). 2005; 9(16):161-77.

6. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da União]. 22 Ago 2007.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores(as) e trabalhadores(as) do SUS. 4a ed. Brasília (DF): MS; 2008.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília (DF): MS; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 1).
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. Guia para Apoio Institucional à implementação da Rede Cegonha. Brasília (DF): SAS; 2013.
10. Machado D, Martin C. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da Política Nacional de Humanização em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. Interface (Botucatu). 2014; 18(1):997-1011.
11. Santos-Filho SB. Avaliação e humanização em Saúde: aproximações metodológicas. Ijuí: Ed. Unijuí; 2009.
12. Heckert A, Neves C. Modos de formar. Modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília (DF): MS; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 1).
13. Ceccim R, Feuerwerker L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis. 2004;14(1):41-65.
14. Machado D. Movimentos na Educação Física: por uma ética dos corpos [dissertação]. Porto Alegre (RS): Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.
15. Barros MEB. Desafios ético-políticos para a formação dos profissionais de saúde: transdisciplinaridade e integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, organizadores. Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesq, Abrasco; 2005. p. 131-52.
16. Lievori S. A origem dos Centros de Apoio ao Desenvolvimento das Boas Práticas de Atenção Obstétrica e Neonatal na Rede Cegonha: uma análise Rio de Janeiro: Fiocruz, IFF; 2014. (Projeto de qualificação de mestrado).
17. Martins C, Nicolotti CA, Vasconcelos M, Melo R. Humanização do parto e nascimento: pela gestação de formas de vida das quais podemos ser protagonistas. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humanização do parto e nascimento. Brasília (DF): MS; 2014. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 4).
18. Lourau R. A análise institucional. Petrópolis: Vozes; 1995.
19. Foucault M. Mesa-redonda em 20 de maio de 1978. In: Motta MB, organizador. Ditos & escritos IV: estratégia, saber-poder. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006. p. 335-51.
20. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2006.
21. Pessoa F. O guardador de rebanhos. In: Pessoa F, organizador. Poemas de Alberto Caero. Lisboa: Ática; 1946.

Vasconcelos MFF, Nicolotti CA, Silva JF, Pereira SMLR. Entre políticas (EPS - Educación Permanente en Salud y PNH - Política Nacional de Humanización): por una manera de formar en el/para el Sistema Brasileño de Salud (SUS) . Interface (Botucatu). 2016; 20(59):981-91.

Al situarnos en el cruce entre las áreas de salud y educación, proponemos reflexionar sobre la formación en el/para el SUS (Sistema Brasileño de Salud) a partir de nuestras experiencias junto a la Red Cigüeña, en el Ministerio de la Salud, específicamente en el acompañamiento de la implantación de los Centros de Apoyo al Desarrollo de Buenas Prácticas en la Gestión y Atención Obstétrica y Neonatal. Al comprender el campo de la salud como un territorio de enseñanza (formateos pedagógico corporales) y de aprendizajes (experimentación de formas singulares de prácticas de salud), pensamos que la calificación del cuidado en salud (en este caso particular, de mujeres y niños) pasa por la experimentación de un referencial ético, político y pedagógico que se desdobra en directrices formativas cuya potencia parece situarse en la gestación de un cierto modo de hacer-saber-producir formación en el SUS que se teje a partir de la indisociabilidad entre trabajo, formación, intervención y gestión.

Palabras clave: Educación. Salud Pública. Formación en Salud. Educación Permanente. Formación-intervención.

Submetido em 08/10/15. Aprovado em 21/02/16.

A parresía* como experiência formativa voltada aos profissionais da saúde

Renata Maraschin^(a)
Jarbas Dametto^(b)

Maraschin R, Dametto J. The parrhesia as a formative experience dedicated to healthcare professionals. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):993-1003.

There is a philosophical crisis affecting the health and the training of its professionals: Cartesian model has brought great technological advances, but shows signs of exhaustion perceived through growing inability of contemporary societies to adequately care for your members' health and excessive distance between professional and public. In order to provide information to enhance the viability of establishing humanizing experience in the encounter between professional and population, it is proposed the notion of friendship as parrhesia, in Gadamer and Foucault, as a pedagogical and philosophical foundation for health training. Founding the training in frank speak will be placed in action the speech that demands the meaning of presence and presence of the meaning in approaches between professionals and population, emerging the possibility of that in these there are fewer government as prescribing behavior and more sensitive force of affectation.

Keywords: Training of health professionals. Philosophy of Education. Parrhesia.

Evidencia-se uma crise filosófica comprometendo a área da saúde e a formação de seus profissionais: o modelo cartesiano trouxe grandes avanços tecnológicos, mas apresenta sinais de esgotamento, percebidos na crescente incapacidade das sociedades contemporâneas de cuidarem adequadamente da saúde de seus membros e no distanciamento excessivo entre profissionais e público atendido. No intuito de oferecer elementos que reforcem a viabilidade de se instituir uma experiência humanizante no encontro entre profissional e população, propõe-se, neste ensaio, a noção de amizade como parresía, recorrendo-se a Gadamer e Foucault, porquanto fundamento pedagógico e filosófico para a formação em saúde. Ao se fundar o processo formativo no franco falar, coloca-se, em ação, o discurso que demanda pelo sentido da presença e pela presença do sentido nas aproximações entre profissionais e população, surgindo possibilidade de nestas haver menos governo, porquanto prescrição de condutas e mais força de afetação sensível.

Palavras-chave: Formação de profissionais de saúde. Filosofia da Educação. Parresía.

* Do grego παρρησία. Neste trabalho, optou-se pela transliteração parresía, grafia utilizada nas traduções nacionais dos últimos cursos de Michel Foucault^{1,2} bem como em obras de cunho didático/enciclopédico, como Castro³. Entretanto, a grafia parrhesía também é utilizada em algumas traduções, designando o mesmo conceito, sendo aqui preservada esta segunda forma apenas em citações literais nas quais ela aparece, como é o caso de Foucault⁴.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo. BR 285, São José. Passo Fundo, RS, Brasil. 99052-900. renatamaraschin@upf.br

^(b) Faculdade de Educação, Universidade de Passo Fundo. Passo Fundo, RS, Brasil. jarbas@upf.br

Introdução

Formar profissionais da saúde qualificados para atuarem de forma humana, e em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema de Saúde do Brasil, é um desafio contemporâneo que se impõe tanto ao campo da Saúde quanto ao campo da Educação Superior. Tal desafio se salienta frente ao diagnóstico de crise nesses dois campos^{5,6}. Na saúde, a crise se constitui por meio da contradição entre o modelo dominante, biomédico, centrado no combate técnico à doença, que já vem apresentando sinais de esgotamento, e o modelo da construção social da saúde, pautado por práticas de construção da saúde.

O modelo biomédico é originado de um conceito de saúde como ausência de doença, propondo a assistência ao doente em seus aspectos individuais e biológicos, centrado: no hospital, na hegemonia das especialidades médicas, no uso intensivo da tecnologia, com ênfase na recuperação do indivíduo doente. Por sua vez, o modelo da construção social da saúde apoia-se no fortalecimento do cuidado e na crescente autonomia das populações em relação à saúde. Essa crise na saúde se revela, sobretudo, na incapacidade da maioria das sociedades de promover e proteger a saúde coletiva, estando essa incapacidade relacionada com a ineficácia e ineficiência dos sistemas e do modelo assistencial predominante, com as dificuldades estruturais para financiá-los, e com a crescente insatisfação da população em sua relação com os serviços e com os profissionais de saúde⁶. Corroboram com essa perspectiva Pinheiro e Ceccim⁷, quando afirmam que a urgência de transformação na formação em saúde decorre, entre outros fatores,

[...] do baixo impacto das práticas profissionais na configuração dos estados de saúde nas coletividades (adoece-se e morre-se de agravos e doenças para os quais existem prevenção e cura), registra-se a insatisfação dos usuários com os padrões assistenciais e com a relação profissional-usuário, assim como se registra evidência de práticas iatrogênicas (excesso de solicitação de exames, de encaminhamentos e de indicação de procedimentos invasivos)⁷. (p. 21)

Na educação, a crise se revela pela contraposição entre a concepção hegemônica tradicional, expressa por meio da pedagogia da transmissão, da prática pedagógica centrada no professor e no currículo, da aquisição de conhecimentos de maneira desvinculada da realidade, em oposição à concepção crítica reflexiva, sustentada na construção do conhecimento a partir da problematização da realidade, na articulação teoria e prática, e na participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem. Influenciando e se relacionando com as crises acima referidas, é possível identificar uma crise de fundo filosófico: o modelo cartesiano de ciência separou do mundo todas as qualidades sensíveis, pois para conhecer o verdadeiro ser do universo seria necessário abandonar por completo todas as sensações e impressões, desejos e afetos, tudo o que se apresenta como subjetivo e que, supostamente, não permite que proposições científicas rigorosas e universais sejam formadas⁶.

Se, por um lado, está o reconhecimento de que a ciência cartesiana e o paradigma biomédico promoveram muitos avanços técnicos em relação à saúde, sobretudo na medicina, refletindo no aumento da expectativa de vida das populações; por outro, se trata de reconhecer que também gerou um distanciamento excessivo entre profissionais e população, o que se desdobra: na crescente insatisfação revelada cotidianamente; nos tristes e amplamente divulgados casos de negligência, imperícia, imprudência; nas acusações de omissão de socorro, de descaso com o sofrimento das pessoas das quais esses profissionais cuidam, assim como nos casos de sofrimento mental entre profissionais de saúde, cuja etiologia remete a uma experiência laboral desumanizante.

Frente ao desafio de construir uma atuação profissional cada vez mais solidária e ética na área da saúde, propõe-se, neste artigo, a possibilidade de se refletir sobre alternativas para essa crise filosófica de fundo que atravessa a saúde e a educação, no sentido de repor uma perspectiva ampla e integral do processo saúde e doença e nos processos formativos, que inclua as qualidades sensíveis (sensações, impressões, desejos, afetos) e o entendimento de que elas compõem um panorama integral da vida. Trata-se de repor essa visão holística, que já estava posta, previamente, na medicina grega hipocrática, sendo, todavia, progressivamente desconsiderada, pois tida como fonte de erro pelo pensamento cartesiano, e, em consequência, pelo modelo biomédico.

Ao se retomar a medicina grega hipocrática, interessa destacar seu caráter holístico, que trata de uma abordagem sempre em relação ao paciente como um todo. Esse holismo também estava arraigado em valores culturais muito difundidos na sociedade grega⁸, dos quais se destaca a amizade. Assim, a pergunta que norteia o delineamento que se tentou dar a este artigo é: como o dizer franco e a amizade podem se configurar como fundamentos pedagógicos e filosóficos no processo de formação dos profissionais da saúde?

Recorrendo à tradição hermenêutica, ressalta-se que os conceitos de dizer franco e amizade, que se pretende adotar nessa discussão, são de origem greco-romana, tal qual reconstruídos por Michel Foucault em suas análises desenvolvidas nos cursos proferidos no Collège de France (1976-1984) – período no qual o autor entra no terceiro domínio da sua obra (domínio do ser consigo) e desenvolve conceitos como ascese, conversão, parresía e amizade, noções, por vezes, negligenciadas, uma vez que não são tratadas de forma sistemática em sua última e incompleta obra, intitulada *História da Sexualidade*^{9,10}.

Enfatiza-se que a publicação destes cursos e a compreensão do potencial filosófico e pedagógico desses conceitos têm impulsionado uma nova recepção das ideias foucaultianas no campo da educação⁹ e da formação de profissionais de saúde^(c). Do pensamento tardio de Foucault, é possível “ver nascer com clareza uma reflexão a respeito dos métodos, dos conhecimentos e dos exercícios necessários para impulsionar uma dinâmica formativa direcionada ao dizer-fazer ético”⁹ (p. 332). Por essa razão, elege-se essa etapa do pensamento de Foucault, destacando a relação que se estabelece entre amizade e parresía (o dizer verdadeiro, franco-falar) na direção da consciência. Nas palavras de Foucault⁴, tem-se que: “*Parrhesia* é a abertura do coração, é a necessidade, entre os pares, de nada esconder um ao outro do que pensam e se falar francamente. Noção [...] a ser elaborada, mas que, sem dúvida, foi para os epicuristas, junto com a de amizade, uma das condições, um dos princípios éticos fundamentais da direção”⁴ (p.169).

Para refletir sobre de que forma a amizade e a parresía podem constituir fundamento pedagógico e filosófico no processo de formação dos profissionais da saúde, divide-se a discussão em três partes. Na primeira parte, é reconstruída a tensão entre os modelos de assistência na saúde ainda vigentes: o modelo tradicional biomédico e o modelo da construção social da saúde, sendo deste originária a preocupação com o processo de reorientação da formação dos profissionais da saúde. Na segunda parte, alicerça-se uma perspectiva filosófica na tradição hermenêutica, que lança luz sobre a possibilidade de ampliação da formação universitária, de modo geral, e da formação dos profissionais da saúde, de modo particular, recorrendo, sobretudo, ao pensamento de Hans-Georg Gadamer e a relação que estabelece com a medicina hipocrática. E, na terceira parte, debate-se – também em uma perspectiva hermenêutica, embora diferente da de Gadamer – como a amizade e a parresía, tal qual apresentadas no pensamento de Michel Foucault, podem constituir fundamento pedagógico e filosófico para a formação dos profissionais da saúde.

Tensão entre os modelos de assistência na saúde ainda vigentes e a preocupação com o processo de reorientação da formação dos profissionais da saúde

A problemática que dá origem à reflexão proposta neste artigo traduz-se na tensão vigente entre o modelo tradicional biomédico e o modelo da construção social da saúde que demanda uma ação de reorientação da formação dos

^(c) O termo *parrhesia* consta na base de dados Pubmed. Podem ser encontradas, nesta base de dados, nove referências relativas aos usos da *parrhesia* na formação de profissionais de saúde. Dado o limite do número de palavras para este artigo, não foi possível acrescentar as discussões realizadas nestas publicações ao presente trabalho, o que será realizado em estudos futuros relativos a este tema.

profissionais desta área. O modelo de saúde e de medicina voltado para a assistência à doença em nível individual e biológico, centrado no hospital, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia, é denominado modelo biomédico ou flexneriano, em referência ao Relatório Flexner, de 1911, que fundamentou a reforma das faculdades de medicina nos Estados Unidos e no Canadá. Este modelo estruturou a assistência médica previdenciária nas décadas de 1940 e 1950, orientando, também, a organização dos hospitais universitários ou de ensino¹¹. Esse modelo dá diminuta relevância ao contexto psicossocial dos fenômenos, dos quais depende uma compreensão plena e adequada dos indivíduos, sua saúde e suas doenças. Como decorrência de um processo formativo ancorado nesse modelo, tem-se o favorecimento da construção de uma postura de desconsideração aos aspectos psicossociais tanto dos próprios profissionais da saúde quanto dos indivíduos envolvidos no cuidado prestado por eles¹², o que se traduz em críticas crescentes à formação profissional e à atuação em saúde pautadas por esse modelo. Entre essas críticas, destaca-se a realizada por Barros¹³, quando afirma que

Paralelamente ao avanço e sofisticação da biomedicina foi sendo detectada sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas ou, sobretudo, para os componentes psicológicos ou subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença. As críticas à prática médica habitual e o incremento na busca de estratégias terapêuticas estimulada pelos anseios de encontrar outras formas de lidar com a saúde e a doença (no seu conjunto designadas como medicinas alternativas ou complementares) constituem uma evidência dos reais limites da tecnologia médica.¹³ (p. 79)

Diante dos sinais de esgotamento do modelo biomédico como o único capaz de contemplar plenamente as demandas de saúde, as quais, de forma crescente, extrapolam a perspectiva reducionista de saúde como ausência de doença, e no sentido de criar alternativas para pensar a saúde de forma mais ampla, a partir dos anos 1970, o modelo de construção social da saúde estabeleceu-se, nos debates internacionais, como proposta alternativa ao modelo biomédico, pois enfatizava a racionalização do uso das tecnologias na atenção médica e o gerenciamento eficiente. Nesse modelo, a centralidade na promoção, proteção e recuperação e produção dos cuidados de saúde gera, como desdobramento, a necessidade de transformações no processo de formação profissional¹¹.

No que se refere à tendência de perspectiva no campo da saúde no Brasil, é possível observar

um amplo e consistente movimento para reorganizar e incentivar a atenção básica como estratégia privilegiada do modelo de construção social da saúde para a organização do cuidado em saúde. Estabelecer uma atenção básica resolutiva e de qualidade, significa reafirmar os princípios constitucionais da universalidade, equidade e integralidade das ações estabelecidas para o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴. (p. 7)

Nesse sentido, constitui desafio permanente o reforço de uma vigorosa articulação entre as instituições formadoras e o serviço público de saúde. Há que se corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do Sistema Único de Saúde.

O consenso nacional sobre a necessidade de reorientação do modelo de formação dos profissionais da saúde¹⁴⁻¹⁷ tem sua expressão maior no Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), elaborado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e em cooperação da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). De acordo com o PRÓ-SAÚDE, a mudança no processo formativo está centrada no deslocamento do entendimento reducionista de saúde (como ausência de doença em nível biológico) para uma compreensão mais abrangente, de saúde integral, determinada por fatores de natureza econômica, política, social, biológica e cultural.

A intervenção no processo educativo constitui, na perspectiva do PRÓ-SAÚDE, o meio mais adequado para se alcançar tal mudança na concepção de saúde. Para tanto, tende ser necessário

deslocar o eixo da formação, atualmente centrada na assistência individual prestada em unidades especializadas, em direção à sintonia com as necessidades sociais, considerando as dimensões econômicas, culturais e sociais em que vive a população, e instrumentalizando os profissionais para uma abordagem generalista, humanística, solidária e ética dos determinantes do binômio saúde-doença^{5,14}. Há que se modificar, portanto, um processo educativo formal que contempla, insuficientemente, a questão da promoção da saúde e da prevenção de agravos, estando comumente fragmentado e dissociado do contexto social, e que enfatiza a excelência técnica e a formação especializada. Quanto ao enfoque pedagógico, frequentemente, limita-se às metodologias tradicionais baseadas na transmissão de conhecimentos, que não privilegiam a formação crítica do estudante. A abordagem interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais raramente são explorados pelas instituições formadoras na graduação, o que se reproduz nas equipes de saúde, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação¹⁴.

No que se refere ao desenvolvimento da proposta do Pró-Saúde, é necessário considerar a importância da integralidade das ações, assim como a dimensão individual e coletiva, enfatizando a abordagem interdisciplinar com ampla articulação entre as ações preventivas e curativas, atuando tanto na comunidade e no ambulatório quanto em clínicas de ensino e no âmbito hospitalar¹⁴. Respeitando as diretrizes nacionais aprovadas pelo Ministério da Educação, o processo formativo deve estar atento: ao acelerado ritmo de evolução do conhecimento, à mudança do processo de trabalho em saúde, às transformações nos aspectos demográficos e epidemiológicos, tendo como perspectiva o equilíbrio entre excelência técnica (especialização, alta tecnologia, instalações sofisticadas e supervalorização do saber técnico) e a relevância social (acesso equitativo, abordagem integral, orientação ética, humanística e promoção da qualidade de vida)¹⁴.

O desafio, contudo, parece ser exatamente como encontrar o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social, dando conta das especificidades de cada área sem perder a dimensão humana integral por trás dos fenômenos da saúde. Desafio que chama à reflexão e vai ao encontro da convocação de Ceccim¹⁵ quando afirma que

A luta por educação e por saúde é para todos e todas, é, também, para cada um e cada uma. Penso deixar aí uma convocação aos educadores: lutar com a formação, mas em sua ressingularização permanente, em escuta pedagógica daquilo que pede passagem, em uma arte da educação. O processo de trabalho em saúde é reconfigurado pelas ações de ensino e profissionalização¹⁵. (p. 2300)

Diante do desafio apresentado na convocação acima citada, acredita-se no potencial da hermenêutica e da parresia enquanto formas de apreciação da experiência e de relação com a verdade que contemplam a dimensão necessariamente singular da formação, sem, por isso, deslocar-se dos objetivos universalizantes do campo da saúde, de seu inevitável compromisso com todos.

Perspectiva filosófica hermenêutica e a relação com a medicina hipocrática lançando luz sobre a ampliação do processo formativo dos profissionais da saúde

Gadamer¹⁸, Nussbaum¹⁹, Flickinger²⁰, Dalbosco²¹ alertam sobre os riscos do tecnicismo na formação dos estudantes universitários e, também, sobre como a democracia necessita das humanidades. O alerta dos autores vai ao encontro das perspectivas que apontam para um estreitamento das relações entre formação profissional em saúde e o que preconiza o Sistema Único de Saúde, como proposto pelo PRÓ-SAÚDE.

Dalbosco²¹ revela tendência mundial da Educação Superior marcada pela redução progressiva do conhecimento à informação e pelo tecnicismo, concentrando-se na formação de profissionais para atender as demandas imediatas do mercado do trabalho em detrimento de uma ampla formação cultural. Nesse sentido, o autor alerta para o encurtamento do papel das humanidades na formação das novas gerações de estudantes, por meio da exclusão de disciplinas humanistas dos currículos dos cursos de graduação, bem como para o duplo risco que essa tendência mundial provoca: reducionismo

na ideia de universidade como centro de produção e socialização do conhecimento em detrimento da pesquisa e do ensino e, também, a própria concepção democrática de sociedade.

Nussbaum¹⁹ também analisa a redução significativa das disciplinas humanistas na formação profissional das novas gerações e a insuficiência de um ensino profissionalizante na preparação de novas gerações para a democracia. Sobretudo porque é das artes e da literatura, na perspectiva da autora, que provém a imaginação que possibilita, ao estudante, desenvolver sua capacidade criativa e, ainda, o interesse pelo outro. Flickinger¹⁶ também adverte sobre a perda da noção do todo decorrente da especialização, mas alerta que seria demasiadamente ingênuo querer reviver o estágio antigo de uma visão única do saber humano, capaz de integrar a diversidade hoje existente nas ciências. Ele propõe a intensificação do debate em torno da possível reconstrução de pontes entre as disciplinas.

Gadamer¹⁸, ao discutir a problemática geral que se coloca sobre os aspectos do cuidado com a saúde na era da ciência e da técnica, diz que o pensamento matemático-experimental se impôs de tal forma na arte de curar que se perdeu no labirinto da especialização, perdendo-se, também, a noção do todo. “Infelizmente, temos de admitir para nós mesmos que o que se seguiu ao progresso da ciência foi o enorme retrocesso no cuidado geral com a saúde e na prevenção de doenças”¹⁸ (p. 111). Para recuperar essa noção do todo, ele propõe a construção de pontes entre filosofia e medicina prática pela dupla face teoria e práxis. Para o autor, teoria significa o contemplar, apenas o olhar, reconhecer o que é ou o que se apresenta. Na práxis, executa-se um permanente processo de aprendizado e de autocorreção, seja com o sucesso ou com o fracasso. Devemos aprender a atravessar a divisão que há entre o teórico que sabe acerca de generalidades e o prático que deve atuar na sempre singular situação do paciente adoecido. Essa aproximação entre teoria e práxis dar-se-ia a partir da discussão sobre noção de todo, de totalidade, de equilíbrio e de tratamento porquanto escuta, diálogo e olhar cuidadoso, elementos que o filósofo alemão aponta como aqueles que podem fazer frente à instrumentalização da ciência na área da saúde¹⁸.

Gadamer ressalta que, na medicina grega hipocrática, encontramos um rico material ilustrativo de como todos os fatores climáticos e ambientais contribuem para a concreta constituição do ser, de cuja recuperação se trata. Assim, o contexto no qual a parte tratada se encontra, permite concluir que a natureza do todo abrange o conjunto da situação vital do paciente e, até mesmo, a do médico. A medicina, assim, pode ser comparada com a verdadeira retórica. O médico, tanto quanto o verdadeiro orador, deve ver a totalidade da natureza. Assim como o orador tem de encontrar a palavra correta por meio do juízo verdadeiro, da mesma forma, o médico também tem de ver além daquilo que é o objeto próprio do seu saber e de seu ser-capaz-de-fazer, se ele quiser ser o verdadeiro médico. Sua condição é uma posição intermediária, difícil de manter, entre uma presença profissional afastada do humano e um compromisso com o humano. Constitui seu estado de médico necessitar de confiança e, ao mesmo tempo, também ter de limitar o seu poder. É necessário ver para além do caso que trata, para ter condições de avaliar o ser humano no todo de sua situação vital. Desse modo, o médico deve refletir, até mesmo, sobre a sua própria atividade e o que ela causa no paciente; tem de saber se retirar, pois ele não pode fazer com que o paciente dependa dele, nem desnecessariamente prescrever condições de conduta de vida que dificultem o restabelecimento de seu equilíbrio vital¹⁸.

Ao ressaltar a necessidade de o médico refletir sobre a sua atividade e sobre o que ela causa no paciente e, nesse ínterim, compreender que não pode fazer com que o paciente dependa dele, nem prescrever desnecessariamente condições de conduta de vida, talvez seja possível sugerir um ponto em comum entre essa perspectiva gadameriana e a amizade como parresía em Foucault, entendendo a formação menos como uma arte de governar ou guiar, e mais como uma força de afetação sensível dos sujeitos. E, dessa forma, propor a amizade como parresía como fundamento didático, formativo e filosófico no ensino das disciplinas da área da saúde.

A amizade e parresía e a relação com a formação dos profissionais da saúde

O conceito de amizade proposto nesta discussão é aquele de origem greco-romana, reconstruído por Michel Foucault em suas análises históricas desenvolvidas nos cursos proferidos no *Collège de France* (1976-1984). Desta fase do pensamento foucaultiano, destaca-se a relação que se estabelece

entre amizade e parresía. Nos cursos proferidos em 1983 e 1984 sobre a temática da parresía (o dizer verdadeiro), Foucault acentua o papel do amigo, cuja presença era imprescindível para o sucesso desta prática. Apresentar-se ao juízo do outro pressupunha a confiança de uma relação pessoal e uma relação comum com a verdade. Aos olhos do outro aparecia a estética da própria existência e era desta forma apreensível, refletindo-se no outro¹⁰. Entretanto, tal noção não é unívoca em todos os escritos da antiguidade, e a fim de estender a noção a outros sentidos possíveis do termo, recorre-se a Foucault²:

Um dos significados originais da palavra grega *parresía* é o “dizer tudo”, mas na verdade ela é traduzida, com muito mais frequência, por fala franca, liberdade de palavra, etc. Essa noção de *parresía*, que era importante nas práticas da direção de consciência, era [...] uma noção rica, ambígua, difícil, na medida em que, em particular, designava uma virtude ou qualidade (há pessoas que tem a *parresía* e outras que não tem a *parresía*); é um dever também (é preciso, efetivamente, sobretudo em alguns casos e situações, poder dar prova de *parresía*); e enfim é uma técnica, é um procedimento: há pessoas que sabem se servir da *parresía* e outras que não sabem se servir da *parresía*. E essa virtude, esse dever, essa técnica devem caracterizar, entre outras coisas e antes de mais nada, o homem que tem o encargo de quê? Pois bem, de dirigir os outros, em particular de dirigir os outros em seu esforço, em sua tentativa de constituir uma relação consigo mesmo que seja uma relação adequada. Em outras palavras, a *parresía* é uma virtude, dever e técnica que devemos encontrar naquele que dirige a consciência dos outros e os ajuda a constituir sua relação consigo.² (p. 42-3)

A parresía, pontua Foucault², não é uma mera demonstração, embora implique demonstrar e use suas estratégias para tal; também não é uma retórica, pelo contrário, talvez seja seu negativo, dado que não utiliza-se de figuras de pensamento, não é uma arte do dizer; também não é uma forma de discutir, já que não pressupõe o prevailecimento de um discurso sobre outro; e, o que implica mais diretamente na proposta deste ensaio, não é uma técnica pedagógica, não se trata de um ensino, antes, “lança-se a verdade na cara daquele com quem dialoga ou a quem se dirige”² (p. 53), de modo, quem sabe, antipedagógico. Mas mesmo não sendo uma prática pedagógica, visa ou atinge uma transformação: do sujeito que a pratica, e daquele a quem a fala verdadeira se dirige; não é um método de ensino, mas, sim, uma experiência formativa.

A parresía, e seus sentidos de “dizer tudo”, “falar livremente”, “liberdade de palavra”, faz-se uma noção complexa, pois representa, simultaneamente, virtude, habilidade, obrigação e técnica, que deve caracterizar o indivíduo que tem como tarefa a direção de outros indivíduos na sua constituição como sujeitos morais¹⁰.

Nos séculos I e II da era atual – momento histórico sobre o qual Foucault concentra seus estudos e nos quais encontra subsídios para os cursos proferidos entre 1976-1984 –, o cuidado de si intensificava-se e a tarefa de estabelecer uma relação satisfatória consigo torna-se prática social, desencadeando o surgimento de escolas e academias, e abrangendo numerosas relações sociais (familiares, de amizade). Na chamada “cultura de si”, a parresía ocupa lugar de destaque, uma vez que a autoconstituição como sujeito moral exige a presença e a ajuda constante de outro indivíduo, dotado da faculdade de parresía, sendo que a figura do outro corresponde ao *parresiasta* ou aquele no qual se deve buscar abrigo¹⁰.

Ramirez²², em seu trabalho sobre a face professor de Foucault, mostra a existência de uma relação estreita entre a prática filosófica do cuidado de si, da qual a parresía é um de seus elementos constituintes, desenvolvida nos séculos I e II, e a prática pedagógica. Citando o trabalho de Potte-Boneville sobre Foucault como mestre estoico, Ramirez²² relata que a forma de ensino – sendo este entendido como prática e ato público do professor – poderia ser compreendida como parresía, como franco falar; e, nesse sentido, ensinar é fazer de modo a permitir ao outro emancipar-se da própria relação de ensino, essa autonomia em face do discurso do mestre. Esse franco falar pode ser assumido como um exercício de si, como um exercício de transformação, o que se caracterizaria como atitude pedagógica.

Para Freitas⁹, a parresía filosófica, ou seja, a filosofia praticada como cuidado de si e como pedagogia (*paideia*), exige um modo específico de pôr em ação o discurso, no vínculo mestre e discípulo, que demanda não uma retórica, mas uma erótica, já que a questão posta pela pedagogia, exercida como uma psicagogia (modo de condução da alma), não é, simplesmente, a do sentido do saber ou o saber do sentido, mas, propriamente, o sentido da presença e a presença do sentido na relação formativa entre mestre e discípulos. A pedagogia como psicagogia, assim, corresponde a um modo de olhar e de ouvir a si mesmo e ao outro (de natureza prático-sensível). Como exercício psicagógico, a pedagogia apoia-se em práticas que se dirigem a um sujeito em transformação, realizando-se menos como uma arte de governar ou guiar, e mais como uma força de afetação sensível dos sujeitos. Assim, como atividade prático-poética, a pedagogia geraria e difundiria discursos capazes de mobilizar ações, incitando a deliberação ética em torno de condutas aceitas ou de condutas a serem assumidas por si mesmo⁹.

Dessa forma, a amizade como parresía, como um fundamento pedagógico e filosófico na formação dos profissionais da saúde, pode permitir que o falar livremente, compreendido como ascese de si na relação entre mestre e discípulo, se traduza em relações entre profissionais e população, nas quais exista menos governo (no sentido de prescrição desnecessária de condutas) e mais força de afetação sensível. Formar profissionais a partir desse fundamento pode contribuir para um pensar-agir em saúde cada vez mais democrático, solidário e integral.

Nesse sentido, somente a amizade suportaria a parresía: “esse discurso pelo qual o fraco, a despeito da sua fraqueza, assume o risco de criticar o forte pela injustiça que ele cometeu, esse discurso se chama precisamente *parresía*”² (p. 125). Ou seja, não há *parrhesía* (o dizer verdadeiro, o franco-falar, a coragem da verdade) sem a presença do outro, do amigo, o que pressupõe a confiança e a relação com a verdade.

Este dizer verdadeiro, que quando necessário assume os riscos de interrogar e afrontar a autoridade e as limitações institucionais², seria, então, um elemento fundamental para a elevação ético-moral do trabalhador em saúde. A parresía, enquanto experiência constitutiva no âmbito formativo, vivenciada na amizade (*φιλία*) entre mestres e aprendizes, poderia ser transposta ao labor posterior, como expressão e conduta ética, por parte daqueles que, em suas práticas voltadas à saúde, assumem a missão de guiar os destinos dos outros.

Considerações finais

Há uma crise de fundo filosófico que influencia a crise na saúde e na educação: se, por um lado, o modelo cartesiano de ciência trouxe grandes avanços em termos de saúde, traduzida, sobretudo, na maior longevidade humana; por outro, esse modelo dá sinais de esgotamento, evidenciado, particularmente, pela incapacidade crescente de as sociedades cuidarem adequadamente da saúde de seus membros. Formar profissionais da saúde para enfrentar essa incapacidade constitui desafio tanto para a saúde quanto para a educação. Como alternativas ao modelo biomédico tradicional na saúde e à pedagogia tradicional de transmissão de conhecimentos na educação, são propostos modelos alternativos que consideram o ser humano como um todo, interconectado em suas dimensões biológica, cultural, social, psicológica, que, por sua vez, está conectado ao ambiente. Se a ciência cartesiana separou do mundo todas as qualidades sensíveis, trata-se, agora, de repor o debate sobre a importância da presença dessas qualidades na construção de modelos de saúde e de educação mais apropriados.

Na formação de profissionais de saúde, o desafio parece ser como encontrar o equilíbrio entre excelência técnica e relevância social. Ao se propor a amizade e a parresía como fundamento pedagógico e filosófico na formação dos profissionais da saúde, almejou-se contribuir com elementos de reforço à relevância social na formação desses profissionais no sentido de aproximar o que acontece na relação entre professor e aluno daquilo que acontece entre profissionais e população. O modelo de atenção à saúde que deveria nortear a formação dos profissionais preconiza justamente essa aproximação. Ao se privilegiar, no processo formativo dos profissionais, o franco falar entre professor e

aluno, compreendendo essa prática ou ascese como transformação de si, coloca-se em ação o discurso que demanda pelo sentido da presença e a presença do sentido na relação formativa entre mestre e discípulos. Daí surge a possibilidade de que, nas relações entre profissionais e população, exista menos governo (no sentido de prescrição autoritária de condutas) e mais força de afetação sensível. É esta a contribuição que pretendemos dar ao desafio que se apresenta à formação dos profissionais da saúde, quando recorremos à tradição hermenêutica no pensamento de Gadamer, de Foucault, e à medicina grega hipocrática. Intenção que não se esgota neste ensaio, constituindo, antes, um primeiro passo para reflexões futuras.

Colaboradores

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

Referências

1. Foucault M. O governo de si e dos outros. São Paulo: Martins Fontes; 2010.
2. Foucault M. A coragem da verdade. São Paulo: Martins Fontes; 2011.
3. Castro E. Vocabulário de Foucault: um percurso por seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
4. Foucault M. A hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
5. Ministério da Saúde. Ministério da Educação (BR). Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005 [acesso 2014 Jun 26]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf
6. Feuerwerker LCM, Sena R. A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à saúde e de participação social. In: Almeida M, Feuerwerker LCM, Llanos CM, organizadores. A educação dos profissionais da saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 47-82.
7. Pinheiro R, Ceccim RB. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesq, Abrasco; 2006. p. 13-35.
8. Bynum W. História da Medicina. Souto Maior F, tradutora. Porto Alegre: L&PM; 2011.

9. Freitas AS. A parresía pedagógica e o êthos da educação como psicagogia. *Rev Bras Educ* [Internet]. 2013 [acesso 2014 Jun 26]; 18(53):325-493. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782013000200005&script=sci_arttext Doi: 10.1590/S1413-24782013000200005.
10. Ortega F. Amizade e estética da existência em Foucault. Rio de Janeiro: Graal; 1999.
11. Silva Júnior AG, Alves CA. Modelos assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: Morosini MVGC, Corbo ADA, organizadores. Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 27-42.
12. De Marco MA. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2006 [acesso 2014 Jun 28]; 30(1):60-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a10.pdf> Doi: 10.1590/S0100-55022006000100010.
13. Barros JA. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saude Soc* [Internet]. 2002 [acesso 2014 Jun 28]; 11(1):67-84. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08.pdf> Doi: 10.1590/S0104-12902002000100008.
14. Ministério da Saúde. Ministério da Educação (BR). Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [acesso 26 Jun 2014]. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/pro_saude1.pdf
15. Ceccim RB. Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 [acesso 2015 Nov 8]; 25(10):2299-300. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2009001000021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Doi: 10.1590/S0102-311X2009001000021.
16. Portaria Interministerial nº 2.101, de 3 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia [Internet]. Diário Oficial da União. 4 Nov 2005; (212):111 [acesso 2014 Jun 26]. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2101.pdf>
17. Stedile NLR, Friendlander MR. Metacognição e ensino de Enfermagem: uma combinação possível? *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2003 [acesso 2014 Jun 26]; 11(6):792-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000600014&script=sci_arttext Doi: 10.1590/S0104-11692003000600014.
18. Gadamer HG. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes; 2006.
19. Nussbaum M. Sin fines de lucro: por qué la democracia necesita de las humanidades. Buenos Aires: Katz Editores; 2010.
20. Flickinger HG. A caminho de uma pedagogia hermenêutica. Campinas: Autores Associados; 2010.
21. Dalbosco CA. Universidade e formação profissional alargada: porque ainda humanidades. In: Bertolin JCG, Souza JCC, organizadores. Planejamento institucional de uma universidade comunitária: ideias, propostas e experiências na UPF. Passo Fundo: UPF; 2012. p. 24-35.
22. Ramirez CEN. Foucault professor [Internet]. In: Trabalhos GTS 31ª Reunião Anual da ANPED; 2008; Caxambu, Brasil. Caxambu: ANPED; 2008 [acesso 2014 Jun 28]. Disponível em: <http://31reuniao.anped.org.br/1trabalho/GT17-4152--Int.pdf>

Maraschin R, Dametto J. La parresia como experiencia formativa enfocada en los profesionales de la salud. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):993-1003.

Existe una crisis filosófica que afecta el área de la salud y la formación de sus profesionales: el modelo cartesiano brindó grandes avances tecnológicos, pero presenta señales de agotamiento percibidos en la creciente incapacidad que tienen las sociedades contemporáneas de cuidar adecuadamente de la salud de sus miembros y en el distanciamiento excesivo entre los profesionales y el público atendido. Con el objetivo de ofrecer elementos que refuercen la viabilidad de instituir una experiencia de humanización en el encuentro entre el profesional y la población se propone en este ensayo la noción de amistad como parresia, recurriendo a Gadamer y Foucault, por tratarse de una base pedagógica y filosófica para la formación en salud. Al basar el proceso formativo en la conversación franca se pone en acción el discurso que demanda el sentido de la presencia y la presencia del sentido en las aproximaciones entre profesionales y población, surgiendo la posibilidad de que en ellas haya menos gobierno, en lo que se refiere a prescripción de conductas y más fuerza de afectación sensible.

Palabras clave: Formación de los profesionales de la salud. Filosofía de la Educación. Parresia.

Submetido em 23/06/15. Aprovado em 22/02/16.

A escrita de narrativas e o desenvolvimento de práticas colaborativas para o trabalho em equipe*

Cláudia Maria de Oliveira^(a)Nildo Alves Batista^(b)Sylvia Helena Souza da Silva Batista^(c)Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo^(d)

Oliveira CM, Batista NA, Batista SHSS, Uchôa-Figueiredo LR. The writing of narratives and the development of collaborative practices for teamwork. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):1005-14.

This paper aims to analyze the potential of the narrative as a supplementary strategy for the development of teamwork through collaborative practice. It is a qualitative study, analyzing semi-structured interviews applied to 18 students of the Federal University of São Paulo, Campus Baixada Santista, pertaining to the Physical Education, Physiotherapy, Nutrition, Psychology, Social Work and Occupational Therapy programs. Results reveal that writing narratives sensitizes for care in multi-professional health teams, through agreements and respect for professional and personal characteristics of each one.

Keywords: Inter-professional education. Health education. Narrative. Collaborative practices. Teamwork.

O objetivo deste artigo é analisar o potencial da narrativa como mais uma estratégia para o desenvolvimento do trabalho em equipe, por meio da prática colaborativa. Consiste em estudo qualitativo, com análise de entrevistas semiestruturadas, aplicadas a 18 estudantes da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional^(e). Resultados revelam que a escrita de narrativas sensibiliza para o cuidado em equipe multiprofissional de saúde, por meio de acordos e do respeito às particularidades profissionais e pessoais de cada um.

Palavras-chave: Educação interprofissional. Educação em saúde. Narrativa. Práticas colaborativas. Trabalho em equipe.

^(a) Diretoria Acadêmica, Campus Baixada Santista, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). R. Silva Jardim, n. 136, Vila Mathias. Santos, SP, Brasil. 11015-020. claudia.oliveira@unifesp.br

^(b,c) Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, Unifesp. Santos, SP, Brasil. nbatista@unifesp.br; Sylvia.batista@unifesp.br

^(d) Departamento de Gestão e Cuidado em Saúde, Campus Baixada Santista, Unifesp. Santos, SP, Brasil. uchoalu@hotmail.com

^(e) Recorte da pesquisa de mestrado "A formação interprofissional em saúde e o processo de produção de narrativas: construindo caminhos de aprendizagem", que objetivava descrever e analisar o percurso feito pelos estudantes para produzirem narrativas de histórias de vida com municípios de regiões de vulnerabilidade social de Santos.

Introdução

Este artigo propõe-se a desenvolver uma reflexão sobre a importância das narrativas na formação profissional e no cuidado em saúde, a partir de uma estratégia educativa utilizada no *Campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-BS), para formação interprofissional de assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Em uma compreensão ampla, narrativa é o nome dado “a um conjunto de estruturas lingüísticas e psicológicas, transmitidas cultural e historicamente, delimitadas pelo nível do domínio de cada indivíduo e pela combinação de técnicas sócio-comunicativas e habilidades lingüísticas”¹ (p. 526).

Sendo assim, as narrativas fazem parte da vivência humana, pois o ser humano passa grande parte de sua vida contando histórias. Por meio das narrativas, é possível compreender os textos e contextos mais complexos de suas experiências. Esta noção tem norteado as diversas investigações de como se organizam a memória, as histórias de vida, intenções e ideais do *self* que corresponde às “identidades pessoais” narrativas. A busca de atribuição de significados pode ser considerada o centro da vida do homem¹ e é, também, por meio da linguagem, que ele vai significando e ressignificando sua história.

Assim, as narrativas têm papel primordial na interação do indivíduo com sua consciência, na medida em que ele pode perceber, vivenciar e julgar suas ações e o curso de sua vida, o que possibilita um movimento de estruturação e reestruturação dessa consciência².

Hydén³ situa que o conceito de narrativa começou a aparecer, nos estudos de medicina e do adoecimento, no começo dos anos de 1980, e que essas investigações, em geral, relacionavam-se aos conceitos de identidade e *self*.

A partir da década de 1990, Rita Charon, entre outros estudiosos, passou a sistematizar questões relativas às narrativas de pacientes. Em 2006, ela criou o termo *Narrative Medicine* para referir-se a uma metodologia que aposta em uma prática médica centrada no paciente, em sua escuta com atenção e empatia. Para tanto, as práticas médicas necessitam incluir habilidades de reconhecimento, assimilação e interpretações das histórias de adoecimento dos pacientes (*stories of illness*), como ferramenta terapêutica e complementar à Medicina Baseada em Evidências^{4,5}.

Essas questões mostram como as narrativas podem contribuir para o tratamento de pacientes, a partir da interpretação de suas experiências com o adoecimento, a forma como lidam com a doença e as mudanças trazidas não só para o cotidiano desses pacientes, como, também, para os que fazem parte de suas vidas^{4,5}.

Tais estudos evidenciam que as narrativas colaboram para o desenvolvimento da empatia dos profissionais, da confiança do paciente, da compaixão pela dor e sofrimento daquele que recebe o cuidado. Esse gênero do discurso pode também promover a reflexão dos profissionais sobre suas próprias práticas, em busca de melhores diagnósticos e abordagens⁵.

Na formação de futuros profissionais de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) dos cursos de graduação⁶, aprovadas entre 2001 e 2004, traçam o perfil de um formando egresso/profissional com formação “generalista, humanista, crítica e reflexiva”, considerando não só as dimensões biológicas e tecnicistas da formação desses profissionais, mas, também, aspectos psicossociais de seres humanos “historicamente situados”. Contemplam, além dos conteúdos específicos e técnicos, aqueles provenientes das Ciências Sociais e Humanas para o desenvolvimento pleno desses profissionais.

Levando-se em consideração que algumas questões no atendimento em saúde não podem ser objetivadas, existe a necessidade de se apostar em uma formação voltada para criação de vínculo entre profissional da saúde e paciente, para a empatia, o sentimento de confiança entre ambos e maior adesão do paciente ao tratamento.

As narrativas ganham relevância, no âmbito da formação profissional, como uma prática capaz de promover a escuta sensível, a observação, o estabelecimento de vínculo, a problematização, a autonomia, o questionamento, a articulação entre teoria e prática, e o conhecimento de um cenário de prática⁷.

Uma das vantagens em trabalhar com as habilidades narrativas na formação em saúde diz respeito ao desenvolvimento de um profissional mais atento aos pacientes e às suas experiências. Além disso, esses profissionais tornam-se precisos na interpretação das histórias de vida de seus pacientes⁵.

Em busca da promoção de mudanças nos perfis dos profissionais em formação, algumas experiências vêm sendo desenvolvidas em instituições de Ensino Superior brasileiras, como é o caso do Campus Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp-BS), que tem buscado romper com o modelo de formação tradicional, centrado nas disciplinas e na formação específica de determinado perfil profissional.

Esse Campus apresenta uma proposta pedagógica centrada na formação interprofissional e interdisciplinar em saúde, comprometida com um futuro profissional que esteja apto para o trabalho em equipe⁸.

A Educação Interprofissional (EIP) tem como característica o trabalho em equipe que, segundo Peduzzi⁹, “consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as intervenções técnicas e a interação dos agentes” (p. 103). Esta estratégia prepara os profissionais de saúde para a prática colaborativa, reconhecida, em 2010, pela Organização Mundial de Saúde (OMS) pelo documento *Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa*. Este documento tem por objetivo propor estratégias e ideias que auxiliem tanto a EIP quanto a prática colaborativa, reconhecendo a fragmentação e a dificuldade dos diversos sistemas de saúde mundiais para administrar as demandas de saúde não atendidas¹⁰.

A concretização da EIP na graduação em saúde ficou mais explícita nas Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em Medicina, promulgadas em 2014, que privilegiam, entre outros aspectos, um cuidado no qual prevaleça o trabalho interprofissional, em equipe¹¹.

De acordo com o Projeto Político-Pedagógico do Campus Baixada Santista⁸, a organização curricular é direcionada por quatro eixos: 1 Trabalho em saúde; 2 O ser humano em sua dimensão biológica; 3 O ser humano e sua inserção social; e 4 Aproximação a uma prática específica em saúde.

Essa estruturação permite que os alunos aprendam sobre a sua área de formação específica e, ao mesmo tempo, conheçam a área de formação dos demais estudantes, levando-se em consideração outras dimensões do adoecimento dos indivíduos, além de seus aspectos biológicos⁸.

As atividades de ensino-aprendizagem são organizadas em módulos semestrais, ministrados, nos três primeiros anos da graduação, por docentes de diferentes áreas profissionais, em turmas mistas.

No eixo Trabalho em Saúde (TS), tanto alunos quanto docentes são expostos a experiências que visam ao questionamento às teorias fechadas e refratárias ao concreto da vida, sendo chamados a exercitarem o raciocínio clínico e a lidarem com dimensões clínicas/éticas/políticas, envolvidas no trabalho em saúde¹².

Em uma dessas atividades, os estudantes são orientados a construir narrativas clínicas, em duplas interprofissionais, a partir da escuta da história de vida de munícipes residentes em regiões de maior “vulnerabilidade” social, da cidade de Santos/SP. A relevância do trabalho com as narrativas é justificada pela possibilidade de aproximação entre alunos, serviços de saúde e a realidade do contexto de vida e de saúde dos usuários desses serviços.

Este artigo tem como objetivo analisar o potencial da narrativa como estratégia para o desenvolvimento do trabalho em equipe e da consequente prática colaborativa¹³.

Método

O presente artigo origina-se da pesquisa de mestrado “A formação interprofissional em saúde e o processo de produção de narrativas: construindo caminhos de aprendizagem”¹⁴. Esse estudo teve como objetivo geral descrever e analisar o percurso feito pelos estudantes do 2º ano de graduação dos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, para produzirem narrativas de histórias de vida, em duplas interprofissionais de estudantes, com munícipes residentes em regiões de maior vulnerabilidade social da cidade de Santos/São Paulo: Centro, Morro e Zona Noroeste.

Para a pesquisa de mestrado, utilizou-se uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, e o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, em 5/04/2013.

Foram utilizados dois instrumentos de coleta de dados: questionário de múltipla escolha, aplicado a 146 estudantes matriculados no módulo investigado, e entrevistas semiestruturadas realizadas com 18 destes, as quais foram gravadas, transcritas e analisadas, de acordo com a técnica de análise de conteúdo, modalidade análise temática¹⁵.

O questionário foi composto por nove perguntas fechadas, abordando questões sobre o comportamento dos graduandos em função de seus hábitos de escrita e leitura, com a finalidade de caracterizá-los descritivamente.

Para a produção de maior profundidade possível de informações sobre o processo de escrita das narrativas, as entrevistas foram realizadas ao longo do semestre letivo, em três etapas: a primeira, ao início do módulo, com o objetivo de coletar dados sobre conhecimentos prévios de narrativas em saúde e sobre as dificuldades que os estudantes pressupunham encontrar para a escrita desse gênero textual. A segunda, após a supervisão feita em sala de aula com os docentes, no sentido de obter informações sobre o processo de escrita e as dificuldades e facilidades encontradas na prática. A terceira, ao final da elaboração da narrativa, para obter informações sobre a contribuição dessa produção textual para a vida dos estudantes.

A análise temática foi feita a partir de três grandes temas: 1 Dificuldades e facilidades encontradas no processo de produção de narrativas; 2 A produção de narrativas no contexto interprofissional; 3 Impactos da experiência de produção de narrativas para os estudantes.

Para atender ao objetivo deste artigo, os resultados e as discussões apresentados estão centrados na categoria 2.

Por razões éticas, os estudantes foram identificados por seus cursos: FIS (Fisioterapia), NUT (Nutrição), EF (Educação Física) e PSI (Psicologia); e pelas etapas da pesquisa: F1 (Fase 1), F2 (Fase 2) e F3 (Fase 3).

Resultados e discussões

Os resultados encontrados nas três etapas das entrevistas foram convergentes, tendo em vista que muitos elementos tidos como pressupostos facilitadores e/ou dificultadores para a escrita conjunta de narrativas, indicados em F1, se confirmam em F2 e F3. Neste artigo, são trazidas, mais especificamente, as questões relacionadas ao trabalho em equipe e às práticas colaborativas.

Uma característica marcante que emergiu das entrevistas foi a narrativa como potencial para a promoção do trabalho em equipe, na medida em que essa atividade, em duplas de estudantes de cursos diferentes, proporciona o desenvolvimento de habilidades essenciais para essa modalidade de trabalho, tais como: saber escutar, negociar, dialogar, tomar decisões, considerar os limites de cada profissão e respeitar as diferenças.

Inicialmente, buscavam-se investigar os pontos facilitadores e dificultadores encontrados pelos estudantes para escrever narrativas, do ponto de vista da produção textual, como, por exemplo: escolha de foco narrativo, organização do texto, entre outros.

Porém, no decorrer das entrevistas, emergiram, também, aspectos que envolviam, mais especificamente, as facilidades e dificuldades do saber escrever e trabalhar em duplas interprofissionais, a partir de atitudes consensuais.

Observou-se a necessidade de que os estudantes de cada dupla fizessem acordos entre si, apontando a importância do diálogo e da articulação, na busca de solução de problemas e dissolução de conflitos, a partir de atitudes comuns e consensuais. A análise das entrevistas indica que essas competências perpassam as três fases da pesquisa, conforme destacado pelos estudantes.

Em uma tentativa de preencher a lacuna existente para se classificarem as competências necessárias às práticas colaborativas, Barr¹³ define-as em três tipos (tradução livre): comuns (competências

comuns a todas as profissões); complementares (competências específicas de cada área profissional e que podem complementar as demais); e colaborativas (aquelas em que ocorre a colaboração com profissionais da mesma área de atuação, com profissões distintas, com não profissionais, dentro das organizações, entre as organizações, com os pacientes e seus cuidadores, com voluntários e com grupos comunitários).

Em relação às competências comuns, identificou-se que a escrita da narrativa ajuda a despertar a consciência de que características individuais, necessárias a todos os profissionais da saúde – como saber escutar, ser tolerante, estar aberto às opiniões dos demais profissionais e saber ceder – são essenciais para que o estudante encontre, no colega de dupla, um parceiro, no momento da construção do conhecimento. Ao tomarem consciência disso, os graduandos já vão aprendendo a lidar, inclusive, com o sentimento de competição e com as diferenças pessoais e profissionais:

“[...] você tem que assim... estar aberto... sabe? pra opinião da dupla, né? [...] estar aberto a... opiniões e... tentar achar um ponto comum... sabe? que às vezes você tem uma ideia a pessoa tem outra... mas se tiver paciência parar... escutar... dá pra achar um ponto comum que fica bom para as duas pessoas [...]”. (NUTF3)

Em suas falas, os próprios alunos demonstram ter superado as diferenças existentes entre os componentes das duplas, havendo respeito mútuo:

“[...] eu percebo que eu e a minha dupla, a gente tinha um pouco de diferença nisso... assim... na hora de escrever... que ele escrevia muito formal e eu mais informal... tal... e aí... na hora de escrever a narrativa... a gente foi juntando as informações... acabou que a linguagem ficou um pouco da dele... mas a gente também tentou falar um pouco do meu jeito [...]”. (NUTF3)

“[...] eu acho que o contato com outra pessoa... com o indivíduo foi o que mais mexeu comigo... porque é uma realidade totalmente diferente da minha... a que a munícipe vivia... até a idade também... porque ela é bem idosa... os valores que ela tinha são diferentes dos meus [...] no começo... foi meio estranho eu conviver com essas diferenças [...] tanto eu quanto meu outro parceiro também a gente tinha diferenças e aí eu achei importante porque no futuro, como profissional... a gente tem que saber entender essas diferenças e compreender todos os aspectos sociais... culturais e políticos pra juntar com aspectos biológicos do paciente... né? do indivíduo que a gente vai trabalhar [...]”. (EFF3)

De fato, constituir dupla com um amigo facilita o trabalho a ser desenvolvido, mas, quando isso não acontece, os estudantes entrevistados aprendem a lidar com as dificuldades interacionais. Dessa forma, a escrita das narrativas em duplas também promove o respeito às diferenças, pois os estudantes aprenderam a considerar a opinião do outro em prol de um interesse em comum, os municípios.

Nas palavras de Batista¹⁶:

a EIP se compromete com uma formação para o interprofissionalismo, no qual o trabalho de equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes. Para isso, a valorização da história de diferentes áreas profissionais, a consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimentos, com respeito pelas diferenças num movimento de busca, diálogo, desafio, comprometimento e responsabilidade são componentes essenciais. (p. 61)

As competências colaborativas foram evidenciadas nos relatos dos graduandos, desde a primeira etapa das entrevistas (F1), ou seja, antes do início do trabalho de campo:

“[...] eu acho que vai ser um desafio [...] na hora da gente conversar... e decidir o que a gente vai pôr, a gente vai ter que ter toda uma discussão [...] a gente quer uma coisa... mas a nossa

parceira quer outra e que as duas visões podem se completar então... eu tenho que entender o que ela tá tentando me dizer e ela tem que entender o que eu tô querendo dizer pra ela [...] quando... é individual... você vai decidir o que você quer colocar e você coloca... ninguém vai falar "ah... não tá legal"... e quando você faz em dupla ou até em grupo... é diferente porque você tem... várias cabeças pensando junto e tem várias ideias... então a gente tem que elaborar e escolher [...]". (NUTF1)

Na segunda etapa da entrevista, durante o processo da escrita, o diálogo é identificado como um dos aspectos fundamentais para a superação do desafio do trabalho conjunto, a fim de se estabelecer o consenso entre os alunos:

"[...] depois das visitas, sempre se reunia e conversava [...] no diário de campo a gente sempre coloca muita coisa, então ajudou bastante na hora de fazer a narrativa porque eu tinha uma visão ela tinha outra, mas na hora que a gente conversava a gente entendia que era aquilo que era importante colocar [...]". (NUTF2)

O depoimento do estudante de Terapia Ocupacional, por exemplo, na terceira fase das entrevistas, revela o reconhecimento dos limites próprios de atuação profissional, logo no início da graduação, e a possibilidade de aprendizagem conjunta, como facilitadora da troca de saberes e da agregação de novos conhecimentos: o que vai ao encontro das competências complementares:

"[...] creio que quando eu sair da faculdade eu não vou trabalhar sozinha... então eu preciso ter esse contato com os outros cursos... outras pessoas [...] porque muitas vezes as duplas são formadas não com pessoas do nosso cotidiano assim... eu não converso tanto com a pessoa... mas na sala de aula ela é a minha dupla... então a gente vai aprendendo a respeitar o espaço do outro... saber mesmo no que atua... porque muitas vezes a gente pensa 'Ah... Nutrição...é só passar cardápio e acabou' e não é assim... entendeu? [...]". (TOF3)

Conforme discutido por Batista¹⁶, a necessidade de integração profissional no cuidado, a partir das novas interações no trabalho em equipe, na qual ocorram trocas de saberes e experiências pautadas pelo respeito à diversidade, possibilita a cooperação para o desenvolvimento de práticas de saúde transformadoras, para parcerias na construção de projetos e para que se estabeleça o diálogo permanente.

Nesse sentido, Aguilar-da-Silva et al.¹⁷ enfatizam que "a competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto, é necessário flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral" (p. 175).

Quando os graduandos compreendem que limitados à sua área de formação profissional não poderão atuar sem a ajuda das demais áreas, mostram-se abertos para a futura atuação em equipe e para o cuidado em saúde de forma integral.

O fato de o estudante conhecer e respeitar a atuação do colega de dupla pode fortalecer seu próprio reconhecimento como parte integrante de uma equipe. Nesse contexto, cada profissional toma decisões utilizando habilidades profissionais específicas, em busca de um objetivo comum^{9,18}.

A ideia de agrupamento pode intensificar a noção do cuidado da doença, dentro de um modelo biológico do adoecimento e de uma visão fragmentada do paciente. A proposta do trabalho em equipe, por outro lado, adota uma concepção do cuidado voltada para o atendimento integral do ser humano e para as reais demandas de saúde da população, dentro do modelo biopsicossocial^{9,18}.

Nesse sentido, a narrativa oferece a oportunidade de aprendizagem voltada para o cuidado integral, na medida em que cada estudante precisa estar atento e entregue à escuta da história de vida dos munícipes, considerando que cada detalhe pode ser revelador para a adequação do tratamento.

Outro aspecto emergente nas entrevistas foi o da narrativa em um contexto interprofissional como um facilitador para a atividade de escrita.

De maneira geral, os resultados encontrados indicaram que os alunos reconhecem aspectos positivos quanto ao trabalho em duplas interprofissionais, antes mesmo de iniciarem as atividades do módulo, na primeira etapa das entrevistas. A fala do estudante do curso de Nutrição indica que o auxílio de um colega de sala de aula contribuiu para a organização de ideias: “[...] quando você está com outra pessoa... é mais fácil você ...organizar as ideias [...] duas pessoas pensando juntas fica mais [...] fácil na hora de... fazer um texto mais completo... assim, mais coerente...quando tem duas opiniões [...]” (NUTF1).

A escrita em duplas emerge, então, como elemento facilitador, pois quando os graduandos têm a oportunidade de compartilhar entre si a “amarração” das palavras, o trabalho de escrita pode parecer-lhes mais leve. Seus relatos denotam que o encontro com um colega de área de formação diferente, com o qual se faz necessário formar um vínculo, para o sucesso da escrita da história de vida de um (ou mais) personagem (personagens), facilita não só o trabalho de escrita da narrativa, mas, também, favorece a aprendizagem no que diz respeito à área de formação do colega com quem escreve.

“[...] a maneira que a gente escreve... não é tão diferente... então eu acho que facilitou... então... cada um vai despertando no outro uma forma... e a gente com isso vai entendendo, né? porque a gente tem uma boa relação... não é cada um faz... não... a gente faz junto... [...] eu achei muito legal esse negócio de... cada um ser de uma área diferente porque teve coisas na TO que eu achei super assim... legais..., e eu falei ‘nossa, que legal vocês estão fazendo isso’...”. (FISF1)

“[...] acho que facilita a questão de ser em dupla [...] em relação a ser de outro curso [...] eu acho que isso pode agregar na narrativa pelo fato de ter... outros conhecimentos... outras aulas específicas [...] porque tem coisas de fisioterapia que eu não tenho ideia né? e ela pode trazer essas informações da área dela... mais facilmente do que se eu fosse procurar pesquisar [...]”. (PSIF1)

A atividade de escrita em duplas é citada, ainda, em diversas falas, como um trabalho muito tranquilo. Não é novidade que a responsabilidade de elaboração de diversas atividades em duplas ou grupos, desde o Ensino Fundamental e Médio, pode acabar recaindo sobre um ou outro componente do grupo/dupla. Porém, no caso das narrativas elaboradas pelos estudantes entrevistados, ainda que, de modo geral, tenham sido escritas metade por um dos estudantes da dupla e, depois, finalizadas pelo outro, com base nos diários de campo de cada um, elas sempre estiveram mediadas pelo acordo e pela aprovação de ambos os componentes dessa dupla.

“ela transcreveu muito literal... então um discurso muito cortado... frases curtas... palavras muito... assim... todo um vocabulário do dia a dia... e aí a gente conversou sobre isso... eu mostrei alguns trechos... falei ‘olha isso aqui... por exemplo... é um discurso um pouco mais elaborado... para uma pessoa que leia... isso aqui tá parecendo mais uma conversa informal... você não acha melhor a gente transformar essas partes’ ... e ela ‘ah... tem razão... ficou sem sentido’, então também é muito legal aceitar esse tipo de crítica e aí refez e ficou muito legal... parece um texto único... redigido por uma só pessoa... porque ela que sugeriu fazer em primeira pessoa... eu comprei a ideia e aí depois... quando precisei sugerir que ela fizesse essa alteração... ela super aceitou de boa... então teve um entrosamento legal... a gente trabalhou bem [...] então a gente adaptou a gíria ... erro gramatical... erro de português... né?”. (PSIF3)

Esse depoimento mostra, também, a importância da escrita individual do diário de campo e do relatório final, como forma de corresponsabilidade de ambos os alunos, pela escrita das narrativas.

Na etapa final do estudo, um aluno de Fisioterapia informou não ter encontrado problemas para a elaboração de narrativas em duplas, pelo fato de ter familiaridade com a colega:

"[...] foi muito fácil... eu tinha uma afinidade MUITO grande com a pessoa que eu fiz... então isso ajudou muito mesmo... a gente não brigou nenhuma vez... a gente foi muito companheiro um do outro... meio que um completava o outro de verdade... então foi um trabalho bem legal de se fazer [...]". (FISF3)

Capozzolo et al.¹² alertam para a necessidade de se questionar quanto "as diferenças e vizinhanças entre o coletivo de convivência e a equipe profissional" (p. 130) não têm sido discutidas na formação, sob o risco de "transformar o trabalho em equipe profissional em recurso possível na condição idealizada de poder ser constituída por amigos" (p. 132).

A produção de narrativas permite reconhecer, enfim, que a atividade de escrita em duplas reforça aspectos do trabalho em equipe interprofissional. Para isso, a criação de espaços de discussão do processo que envolve a elaboração das narrativas, com ênfase nos sentimentos experimentados, também ganha relevância para a administração de conflitos pessoais.

Considerações finais

A atividade de escrita de narrativas em duplas na formação interprofissional em saúde mostrou-se uma experiência criativa, crítica, reflexiva e inovadora para o ensino das Ciências da Saúde, fazendo parte do *currículo* do segundo ano da graduação do Campus Baixada Santista - Unifesp. Com efeito, essa metodologia ativa de ensino pode ser utilizada como uma ferramenta facilitadora a mais para o desenvolvimento de competências consideradas fundamentais às práticas colaborativas.

Os relatos dos estudantes evidenciaram que as competências comuns, as complementares e as colaborativas permeiam as etapas da produção textual conjunta.

A escolha metodológica pela análise do percurso feito pelos estudantes, para a escrita de narrativas em três etapas, trouxe ganhos significativos para a pesquisa, na medida em que possibilitou desvelar o processo do trabalho de escrita conjunta de forma ampliada e aprofundada.

É importante ressaltar que a metodologia utilizada mudou os rumos do estudo, o qual possibilitou o conhecimento de questões que transcendiam o objetivo inicial da pesquisa de mestrado, ou seja, investigar, sobretudo, as dificuldades e facilidades textuais que envolviam a escrita da narrativa, antes do início das atividades (F1); no processo, ou seja, durante a prática (F2); até a conclusão da atividade (F3). Essas questões envolviam, também, os desafios que a atividade em duplas interprofissionais trazia aos alunos, tendo em vista que esta atividade ocorre em um contexto de formação interprofissional e interdisciplinar, e está permeada pelas interações entre: alunos, docentes, profissionais, usuários, comunidade e serviços de saúde.

O estudo mostrou-se um contributo bastante válido para a formação em saúde e para a prática profissional, na medida em que analisa criticamente os resultados de uma experiência inovadora, na qual os futuros profissionais desenvolvem habilidades fundamentais para o trabalho em equipe, como: estar aberto à escuta, à negociação, ao diálogo, à tomada de decisões, à compreensão dos limites próprios de cada profissão, ao respeito mútuo e às diferenças.

Outro aspecto a ser destacado é o de que o estudo aborda uma atividade que traz as experiências com o adoecimento para o centro do cuidado, com foco na pessoa e nos aspectos psicossociais de seu adoecimento, a fim de se oferecerem práticas de atenção à saúde mais humanizadas.

Colaboradores

Cláudia Maria de Oliveira, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo e Nildo Alves Batista participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e redação, e da revisão do texto. Sylvia Helena Souza da Silva Batista participou de discussões e revisão do texto.

Referências

1. Brockemeier J, Harré R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicol Reflex Crit.* 2003; 16(3):525-35.
2. Favoreto CAO, Camargo Júnior KRA. Narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface (Botucatu).* 2011; 15(37):73-83.
3. Hydén LC. Illness and narrative. *Sociol Health Illn.* 1997; 19(1):48-69.
4. Greenhalght T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? *BMJ* [Internet] 1999 [acesso 2014 Jul 20]; 318(7175):48-50. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1114541/>
5. Charon R. *Narrative medicine: honoring the stories of illness.* Oxford: Oxford University Press; 2006.
6. Ministério da Educação (BR). Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área de saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2001 [acesso 2014 Jul 19]. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/conselho-nacional-de-educacao/atos-normativos--sumulas-pareceres-e-resolucoes?id=12991>
7. Capozzolo AA, Casetto SJ, Imbrizi JM, Henz AO, Kinoshita RT, Queiroz MFF. Narrativas na formação comum de profissionais de saúde. *Trab Educ Saude* [Internet]. 2014 [acesso 2014 Jul 20]; 12(2):443-56. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462014000200013>
8. Universidade Federal de São Paulo. Campus Baixada Santista. A educação interprofissional na formação em saúde: a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado. Projeto Político Pedagógico [Internet]. Santos; 2006 [acesso 2014 Jan 12]. Disponível em: <http://www.unifesp.br/campus/san7/todas-noticias/415-projeto-politico-pedagogico-do-campus-baixada-santista-e-citado-no-relatorio-final-da-global-ipe>
9. Pedduzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica.* 2001; 35(1):103-9.
10. Organização Mundial da Saúde. Marco para ação em educação interprofissional e práticas colaborativas [Internet]. Genebra: OMS; 2010 [acesso 2016 Fev 5]. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-acao-educacao-interprofissional-pratica-colaborativa&Itemid=381
11. Ministério da Educação (BR). Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Educação; 2014 [acesso 2015 Jun 24]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=20138:ces-2014&catid=323&Itemid=164
12. Capozzolo AA, Imbrizi JM, Liberman F, Mendes R. Formação descentrada na experiência. In: Capozzolo A, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. *Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde.* São Paulo: Hucitec; 2013. p. 124-50.
13. Barr H. Competent to collaborate: towards a competency-based model for interprofessional education. *J Interprof Care.* 1998; 12(2):181-7.
14. Oliveira CM. A formação interprofissional em saúde e o processo de produção de narrativas: construindo caminhos de aprendizagem [dissertação]. Santos (SP): Universidade Federal de São Paulo; 2014.

15. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
16. Batista NA. A educação interprofissional na formação em saúde. In: Capozollo A, Casetto SJ, Henz AO, organizadores. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 59-67.
17. Aguilar-Da-Silva RH, Scapim LT, Batista NA. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. Avaliação (Campinas) [Internet]. 2011 [acesso 2015 Jun 24]; 16(1):165-84. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-40772011000100009&script=sci_arttext
18. Peduzzi K. Trabalho em equipe. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. Dicionário da educação profissional em saúde [Internet]. 2a ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009 [acesso 2014 Jan 10]. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>

Oliveira CM, Batista NA, Batista SHSS, Uchôa-Figueiredo LR. La escritura de narrativas y el desarrollo de prácticas colaborativas para el trabajo en equipo. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):1005-1014.

El objetivo de este artículo es analizar la narrativa como una estrategia más para el desarrollo del trabajo en equipo a través de la práctica colaborativa. El presente texto consiste en un estudio cualitativo con análisis de entrevistas aplicadas a 18 estudiantes de la Universidad Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista, de los cursos de Educación Física, Fisioterapia, Nutrición, Psicología, Trabajo Social y Terapia Ocupacional. Los resultados revelan que la escritura de narrativas sensibiliza a los estudiantes para el cuidado en equipo multidisciplinario de salud, por medio de acuerdos y del respeto de las características profesionales y personales de cada uno.

Palabras clave: Educación Interprofesional. Educación en salud. Narrativa.

Submetido em 11/09/15. Aprovado em 23/01/16.

Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde

Carine Vendruscolo^(a)
 Fabiane Ferraz^(b)
 Marta Lenise do Prado^(c)
 Maria Elisabeth Kleba^(d)
 Kenya Schmidt Reibnitz^(e)

Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML, Kleba ME, Reibnitz KS. Teaching-service integration and its interface in the context of reorienting health education. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):1015-25.

This qualitative research case study aims to describe how the subjects participants in the intersectoral instances of the *Pro-Saude* Program developed in Chapecó/SC, perceive the interplay teaching-service, in the contexts of the program managerial structures and in the daily actions, evidencing the interfaces in the reorientation of health education. Information was collected through direct observation of meetings of intersectoral instances: Local Steering Committee and General Coordination Committee and through interviews with 11 members of the so-called Quadrilateral for Education in Health of these instances, between 2012-2013. The treatment of information was based on the operational proposal for the analysis of qualitative data. The results show that this management approach and the Program follow-up, together with the developed actions have been consolidating the partnership between the teaching institution and the health service through dialogue, negotiation, respecting the differences and alterity.

Keywords: Staff development. Brazilian National Health System. Higher education policy. Health management. Teaching care integration services.

Estudo de caso, de abordagem qualitativa, que objetiva analisar como os sujeitos que compõem as instâncias intersectoriais do Pró-Saúde desenvolvido no município de Chapecó, SC, Brasil, percebem a integração ensino-serviço, em âmbito das estruturas de gestão do programa e no cotidiano das ações, sinalizando sua interface na reorientação da formação em saúde. As informações foram coletadas mediante observação direta de reuniões das instâncias intersectoriais: Comitê Gestor Local e Comissão Coordenadora Geral e entrevistas com 11 membros do quadrilátero da formação em saúde das referidas instâncias, entre 2012-2013. O tratamento das informações ancorou-se na proposta operativa para análise de dados qualitativos. Os resultados expressam que essa forma de gestão e acompanhamento do Programa, somada às ações desenvolvidas, vêm consolidando a parceria entre instituição de ensino e serviços de saúde, por meio do diálogo, da negociação, do respeito às diferenças e da alteridade.

Palavras-chave: Formação de Recursos Humanos. Sistema Único de Saúde. Política de Educação Superior. Gestão em Saúde. Serviços de integração docente-assistencial.

^(a) Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Rua Beloni Trombeta Zanin 680E, Bairro Santo Antônio. Chapecó, SC, Brasil. 89815-630. carine.vendruscolo@udesc.br

^(b) Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC). Criciúma, SC, Brasil. olaferraz@gmail.com

^(c) Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. marta.lenise@ufsc.br; kenyasrei@gmail.com

^(d) Curso de Enfermagem, Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). Ikleba@unochapeco.edu.br

Introdução

Nos serviços que compõem as Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil, apesar das iniciativas de articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e o Ministério da Educação (MEC), ainda é comum observarmos uma separação entre o 'mundo do ensino' e o 'mundo do trabalho'¹. Essa dicotomia, muitas vezes, ocorre visto que gestores e trabalhadores definem prioridades sem considerar a disponibilidade das Instituições de Ensino Superior (IES) com cursos na área da saúde, sem ouvir os estudantes e/ou o controle social, assim como, não são exceções, universidades que pautam suas ações em demandas desarticuladas da real necessidade dos serviços.

Produzir a mudança efetiva na formação de profissionais atuantes na área da saúde implica a transformação das práticas antidemocráticas e não integradoras ainda hegemônicas no processo formal de ensino e na atenção à saúde, por concepções que visam a incorporação dos princípios da integralidade, em seus mais diversos sentidos: pessoal/profissional, de organização dos serviços e do desenvolvimento efetivo de políticas e programas nessa direção, a fim de garantir a construção de linhas de cuidado integral, a partir das necessidades dos usuários^{2,3}.

Na última década, os Ministérios apostaram em ações estruturantes interministeriais de saúde e educação, como dispositivos que favorecem a reorientação da formação na área da saúde. Dentre essas ações, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), lançado em 2005, busca incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população, com vistas a mobilizar uma mudança de postura nos atores do quadrilátero da formação em saúde⁴, a fim de que incorporem uma abordagem integral ao cuidado no processo saúde-doença⁵. Com tais prerrogativas, o Pró-Saúde ancora-se na proposta de envolvimento recíproco entre Instituições de Ensino Superior (IES) – 'mundo do ensino' –, e instituição de serviço – 'mundo do trabalho' –, na direção do desenvolvimento de atividades articuladas e coerentes à realidade local, atendendo às diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e, por conseguinte, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para a área da saúde^{5,6}.

Os pressupostos teóricos que fundamentam tais estratégias remetem ao processo de educação voltado à transformação social, apoiado na relação entre o conteúdo e a realidade, que implica a integração ensino-serviço, o qual só é possível mediante a análise das condições reais dos sujeitos, considerando o seu contexto histórico e social⁷⁻⁹. Nessa perspectiva, o espaço pedagógico não se esgota na sala de aula, mas implica a vivência no mundo do trabalho, com seus distintos cenários de práticas, ricos em experiências de aprendizagem, mas que precisa ser construído pedagogicamente, de acordo com a interposição crítico-criativa dos sujeitos envolvidos no processo¹⁰.

Assim, o envolvimento recíproco entre os segmentos ensino e serviço, com vistas à construção de propostas conjuntas em âmbito da formação e desenvolvimento profissional na área da saúde, torna possível a integração entre teoria e prática, colocando-se a serviço da reflexão e transformação da realidade, ou seja, da práxis^{8,10}. A partir desses requisitos, elabora-se a educação problematizadora, esforço permanente por meio do qual os sujeitos se percebem criticamente no mundo, buscando soluções adequadas e comprometendo-se com a resolução dos problemas⁷⁻⁹.

Para acompanhar, monitorar e avaliar os projetos que compõem o Pró-Saúde foram instituídas as Comissões de Gestão e Acompanhamento Local, no âmbito do território em que a proposta é desenvolvida. Essas Comissões devem ser compostas pelo coordenador dos projetos e por representantes do gestor municipal de saúde, do Conselho Municipal de Saúde (CMS), dos profissionais do sistema público de saúde, dos docentes e dos discentes dos cursos envolvidos no Programa⁵. Acredita-se que tais instâncias intersetoriais configuram-se como espaços promotores de ações de integração ensino-serviço, à medida que, teoricamente, se pautam em uma dinâmica democrática, dialógica e participativa e estejam voltadas ao planejamento e desenvolvimento de atividades articuladas e coerentes com a realidade local.

A proposta integrada do Pró-Saúde, articulada junto à Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e Gerência Regional de Saúde (GERSA) de Chapecó, município situado na região oeste do Estado de Santa Catarina (SC), tem o propósito de consolidar o compromisso de promover mudanças na formação profissional e nos processos

de educação permanente em saúde (EPS), com foco na realidade locorregional. O processo de reorientação da formação é acompanhado por um Comitê Gestor Local (CGL) e por uma Comissão Coordenadora Geral (CCG), instâncias de interlocução entre os representantes das duas estruturas, com vistas ao acompanhamento e aperfeiçoamento da proposta.

Estudos sobre o Pró-saúde^{11,12} evidenciam muitos desafios para que a proposta venha a se firmar como um programa de reorientação do ensino a partir da realidade e da prática dos serviços, sendo necessário o interesse e a corresponsabilização, por parte de todos os envolvidos (IES – docentes e discentes, profissionais, gestores e usuários dos serviços). Ao se estabelecer uma articulação entre esses importantes sujeitos, há uma possibilidade de minimizar os entraves que vão surgindo em sua operacionalização^{11,12}.

O presente estudo tem por objetivo analisar como os sujeitos que compõem as instâncias intersetoriais do Pró-Saúde, desenvolvido no município de Chapecó/SC, percebem a integração ensino-serviço, no âmbito das estruturas de gestão do programa e no cotidiano das ações, sinalizando sua interface na reorientação da formação em saúde.

Método

Trata-se de um estudo de caso¹³, cujas instâncias incluídas contam com representantes dos segmentos: gestão, atenção, ensino e controle social, os quais compõem o 'quadrilátero da formação do SUS'⁴. O Comitê Gestor Local (CGL) do Pró-Saúde é formado por 16 integrantes titulares, no qual participam representantes dos quatro segmentos, sendo: coordenação local (ensino); representantes: do corpo gestor da IES, do corpo docente, da SMS, do CMS; do corpo discente; da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES) Regional; da GERSA e profissionais de saúde que participam do Programa Educação pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde). A outra instância é a Comissão Coordenadora Geral (CCG), com 23 integrantes titulares, dentre os quais, representantes: do corpo gestor da IES; dos cursos de graduação envolvidos na proposta; da SMS, da GERSA de Chapecó e da CIES Regional.

Essas estruturas reúnem-se, em assembleias mensais, majoritariamente, na Unochapecó, conformando espaços de planejamento, nos quais os membros podem acompanhar o desenvolvimento da proposta. São encontros para: relatar dificuldades, perceber possibilidades, revelar iniciativas, tomar decisões e definir encaminhamentos sobre o Pró-Saúde e, mais recentemente, também, sobre o PET-Saúde.

Para produção e registro de informações desta pesquisa, foram realizadas entrevistas focadas¹³, observação direta e análise documental, entre os meses de outubro de 2012 e fevereiro de 2013.

O estudo contou com a participação de 25 sujeitos, identificados no período de coleta de informações como participantes nos fóruns, bem como foram os que participaram dos momentos de observação das reuniões. Os sujeitos entrevistados foram escolhidos intencionalmente pela pesquisadora, totalizando 11: cinco membros do CGL, três membros da CCG e três participantes que faziam parte de ambas as estruturas, os quais representam os diferentes segmentos. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Foi utilizado o critério de saturação dos dados, quando se observou a caracterização de um determinado padrão nas falas, que expressava a suficiência de informações para o estudo¹⁴.

Como critérios de inclusão, os participantes deveriam ter participado de uma das instâncias intersetoriais relacionadas à gestão do Pró-saúde e representar um dos quatro segmentos, no período 2006 a 2012. Foram excluídos do grupo de pessoas relacionadas para as entrevistas, aqueles que não estavam em conformidade com os critérios, anteriormente citados, e, que estavam aposentados ou afastados (licença médica, férias, entre outras) no período da coleta das informações. Os participantes são mulheres em sua maioria, oriundos de diferentes áreas de formação em saúde e com tempo médio de participação nas instâncias de dois anos e meio.

Realizaram-se, ainda, seis momentos de observação de reuniões das instâncias, devidamente registrados em diário de campo. Esse instrumento de observação preelaborado continha: Notas de

Observação Descritivas (NOD), pelas quais foram registrados aspectos relevantes de organização, planejamento e dinâmica das reuniões; e Notas de Observação Reflexivas (NOR), que continham os processos de diálogo, participação, conflitos e outras observações do entrevistador.

Os dados foram analisados a partir da proposta operativa para análise de dados qualitativos¹⁴, sendo que, a partir do tratamento dos dados, foram definidas três categorias: a) integração ensino-serviço: 'casamento' de diferentes saberes; b) integração ensino-serviço: ação que ocorre na ponta; e c) integração ensino-serviço: reconhecimento e respeito ao tempo e espaço de cada um. Utilizou-se como suporte teórico para discussão dos dados, o referencial do educador e cientista social Paulo Freire.

Ressalta-se, entre os aspectos éticos, a aquisição de permissão das instâncias envolvidas, bem como o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), atendendo aos critérios da Resolução nº 466/12. Após apresentação formal dos objetivos do estudo aos participantes, os que aceitaram livremente participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A fim de garantir o anonimato, os participantes foram identificados por codinomes que representam personagens de clássicos das histórias literárias e letra correspondente ao segmento representado (gestão - G, atenção - A, controle social - CS e ensino - E).

Apresentação e discussão dos resultados

A partir da análise qualitativa dos dados, os resultados se expressam nas categorias apresentadas e discutidas a seguir:

a) Integração ensino-serviço: 'casamento' de diferentes saberes

A ideia de uma aprendizagem autêntica, como prática da liberdade e respeito à autonomia, significa a tomada de consciência do mundo, por meio da percepção e reflexão sobre as mais variadas formas de ver e entender a realidade, os diferentes tipos de saber, e, também, do valor de cada sujeito. À medida que ocorre esse movimento, homens e mulheres percebem-se como seres sociais e tomam consciência do seu papel no mundo, pela possibilidade de transformá-lo vivenciando a práxis⁷⁻⁹. Ao compreender a sua condição de seres inacabados, os seres humanos tornam-se éticos e percebem que "os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo"⁹ (p. 95).

Com base nesse ideário, a aproximação entre o ensino e o serviço, alavancada pela proposta integrada do Pró-Saúde, provocou a reflexão sobre as práticas de atenção à saúde, suscitando o desejo de transformá-las, por meio de possibilidades de 'fazer diferente', mediante a inserção do acadêmico no mundo da prática e do profissional no mundo do ensino. A fala a seguir expressa essa inter-relação:

"[...] [a integração ensino-serviço] é uma reflexão, é quando você começa a olhar o que está sendo feito, como e por que está sendo feito daquela forma, e quais as possibilidades de você fazer diferente, mas que isso tenha um impacto positivo! [...] o acadêmico, puxa para a reflexão e o profissional pára um pouquinho para pensar em como ele vai atuar". (Bibiana-G)

Os homens e as mulheres, como seres sociais e históricos, encontram-se imersos em uma rede de relações, com base em um determinado contexto histórico. Seu cotidiano, portanto, está condicionado social e historicamente, e influencia a visão que têm sobre sua própria atividade prática^{7,9}. Assim, ao permitir a justaposição entre os mundos do ensino e do trabalho, os sujeitos se abrem a diferentes possibilidades, olhando sob outros prismas. Eles percebem a integração ensino-serviço como um encontro entre a instituição de ensino e o serviço, um 'casamento de saberes próprios', no qual é preciso, por meio do diálogo, buscar consensos para tomada de decisões. Esse fato possibilita um 'processo vivo' de crescimento, reconhecimento dos pares e coparticipação nas ações para atingir esse objetivo, como pode ser constatado nos depoimentos a seguir:

"O Comitê Gestor possibilita esse encontro importante do serviço e da universidade [...]". (Guiomar-E)

"[...] um debate [...] esse sentar a mesa com diferentes pessoas acaba sendo um grande fator na relação ensino-serviço". (Heathcliff-E)

"[...] é um casamento de saberes próprios. É como se fosse, numa metáfora, um pai e uma mãe que vão criar um filho, que é o aluno. A mãe tem sua bagagem e o pai tem sua bagagem, então, eles conversam sobre isso e 'fazem' o filho! Numa lógica bem psicanalítica, se a mãe diz uma coisa e o pai diz outra, o filho tem problemas. Se mãe e pai têm a mesma linguagem, o filho é mais saudável!". (Emma-A)

Fica subentendida a compreensão dos sujeitos quanto à integração ensino-serviço como compromisso com a transformação, mediante a problematização da realidade, como caminho para a libertação e para a utopia, essa aqui compreendida como a possibilidade que se faz e refaz no exercício do diálogo, como imperativo ético que permite que todos se sintam sujeitos do seu pensar, discutindo com os presentes a sua visão de mundo⁷⁻⁹.

"co-laboração", como parte importante da ação dialógica, ocorre, necessariamente, entre os sujeitos, ainda que com diferentes funções, mas cuja responsabilidade só pode se realizar mediante a comunicação entre eles. Sendo assim, não cabe na teoria dialógica uma relação vertical, mas sim sujeitos que se encontram, para a pronúncia e a transformação do mundo⁸⁻⁹.

Dentro desse contexto, na tentativa de acertar, as relações são pautadas no encontro, e a integração entre teoria e prática ocorre em espaços dialógicos que buscam sintonia, os quais podem ser representados como 'mundos em transformação': o mundo do trabalho em saúde e mundo da educação em saúde¹. Quando em intersecção, esses espaços particulares transmutam-se em algo novo, como uma imagem objetivo, na qual é possível instituir-se o diálogo com outras realidades, originando novos fatos. Essas relações podem ser criativas e 'fecundas'¹⁵, quando implicam o livre movimento dos indivíduos, mediante seus diferentes pontos de vista.

b) Integração ensino-serviço: ação que ocorre na ponta

A integração ensino-serviço 'acontece na ponta', pois o cotidiano das ações do Pró-Saúde estabelece a relação estudante-profissional-usuário dos serviços de saúde, num movimento em que todos se beneficiam. O estudante, com uma formação contextualizada na realidade, o profissional de saúde, pela possibilidade de se atualizar, e a comunidade, por receber uma atenção diferenciada. A aproximação dos sujeitos, durante as reuniões das instâncias, favorecem a integração, por meio de protagonismos e relações dialógicas que ocorrem em um nível gerencial do processo, mas que se revelam na prática do ensino e/ou do serviço, como pode ser constatado na fala a seguir:

"É muito positivo no sentido de que o estudante vai conhecer como é o serviço público de saúde e vai interferir, o profissional de saúde tem acesso a atualizações, porque à medida que o estudante está lá, está fazendo com que o profissional busque informações [...] E ainda, tem o resultado para o usuário, quando consegue trazê-lo para discussão, [...] eles [os demais segmentos] percebem o usuário como alguém com voz e com necessidades [...] Na ponta há essa integração dos estudantes com os profissionais de saúde, a Unochapecó indo para as unidades de saúde, as unidades aproximando-se da universidade!". (Mr. Darcy-C)

Nota-se a relativização da integração ensino-serviço, perceptível na esfera de realização das práticas assistenciais, com a presença do estudante no serviço e com a possibilidade do profissional se reaproximar da academia. Tal percepção faz refletir que, quando estabelecidas relações de efetivo intercâmbio entre os discentes, docentes, usuários e profissionais nos cenários da prática, isso se deve, em grande parte, à articulação da gestão desse processo. Esse movimento materializa-se 'na ponta', contudo, é fruto de aproximações e acordos que iniciam nas bases organizacionais dos setores.

Ao considerarem os marcos legais, os dois setores - saúde e educação - devem ocupar-se da formação na área, de modo articulado, a fim de promover a colaboração técnica entre os respectivos Ministérios e submeter as principais decisões à participação popular a partir da lógica da

integralidade da atenção a saúde^{6,16}. Nesse contexto, o elemento comunidade pressupõe a noção de responsabilidade social do ensino, o qual precisa estar aberto à interferência de sistemas de avaliação, regulação pública e a possibilidades de mudança que envolvem o controle social. No componente ensino, além do reconhecimento dos papéis de dirigentes e docentes, destaca-se a articulação com o movimento estudantil como elemento político das instituições formadoras¹⁶.

Os depoimentos, também, fazem perceber a atribuição, da gestão, de fomentar a compreensão e a aceitação da comunidade e dos trabalhadores, por meio do diálogo com esta sobre as iniciativas do Pró-Saúde, como dispositivo de mudança, sobretudo, tendo em conta a resistência da comunidade às intervenções realizadas por estudantes.

“[...] se os conselheiros levam isso bem, a comunidade aceita bem, porque também existe uma questão de resistência da própria comunidade de aceitar serviços de projetos que envolvem alunos”. (Alice-C)

“[...] se a gestão não está acompanhando as iniciativas dos trabalhadores da saúde, aliando-se e tentando mudar e atender aos pedidos de mudança, as coisas não acontecem!”. (Bibiana-G)

Em contraponto a esta concepção de resistência da presença do estudante no serviço, os participantes do estudo também apontam benefícios, quando o trabalho realizado pelos estudantes representa 'um bônus' no atendimento ao usuário, ou um dispositivo para a educação permanente dos profissionais.

“O usuário não se assusta em ver o acadêmico, porque ele sabe que o acadêmico está ali para oferecer uma coisa diferente daquilo que o trabalhador costumeiramente oferece. Eles aceitam como um bônus”. (Bibiana-G)

Uma vez mais estão ilustrados aspectos do envolvimento entre os sujeitos no cotidiano do serviço, com influência permanente de um sobre o outro. A participação da equipe de saúde no estabelecimento das relações entre universidade e serviço, relativa à reflexão coletiva dos processos de trabalho, é determinante para a efetividade da formação dos estudantes e, também, da educação permanente dos profissionais, em âmbito local.

Coerente com tais informações, a educação apresenta-se como um processo coletivo, permanente e cotidiano, por meio do qual é possível agir e refletir, transformando a realidade. A importância da reflexão crítica sobre a prática no processo de aprendizagem reside na conscientização e no consequente compromisso com a mudança⁸. Os profissionais de saúde, nessa perspectiva, precisam manter-se em permanente aprendizagem, reconhecendo-se como sujeitos integrantes do processo educativo, com vistas a reflexões nas práticas dos serviços e à transformação e qualificação desejadas⁴.

No decorrer das reuniões das estruturas intersetoriais, as notas de observação confirmam as falas dos sujeitos. Quando questionados pela coordenadora local do Pró-Saúde sobre sua percepção a respeito da integração ensino-serviço, os representantes dos segmentos manifestam:

“[...] é uma invasão necessária da instituição de ensino no serviço”. (NOD Representante do segmento G)

“O Pró e o PET-Saúde são dispositivos que figuram como ponte de ligação entre o ensino, o serviço e a comunidade”. (NOD Representante do segmento A)

Do conjunto de argumentos que distinguem a integração ensino-serviço como fator indispensável para assegurar o desenvolvimento da formação na área da saúde, foi possível visualizar o Pró-Saúde como desencadeador de um vínculo que se firmou nessa 'invasão necessária' da universidade no serviço, como um elemento crítico e, também, financeiro, importante para a sua qualificação.

"[...] quando o Pró-saúde chegou, foi como que a Secretaria de Saúde fosse invadida pela universidade, mas era uma invasão necessária, porque era justamente onde a crítica externa existia". (Bibiana-G)

"[...] os elementos, inclusive financeiros, dos dispositivos interministeriais beneficiam o serviço". (NOD Representante do segmento E)

As ações estruturantes interministeriais, sobretudo o Pró-Saúde, designadas como 'dispositivos' de ligação entre os setores, são fortalecidas pela possibilidade de reflexão sobre a ação, como principal contribuição dessa parceria. A EPS dos profissionais e a atenção às necessidades do serviço, também, são consideradas pontos fortes desse encontro. No serviço de saúde, as dificuldades parecem estar relacionadas, sobretudo, à resistência da população à presença do estudante no serviço e à falta de estímulo/valorização da inserção do profissional no processo. Em ambos os casos, as relações entre os sujeitos que fazem parte do processo, sobretudo, em nível gerencial, são fundamentais para que a parceria consolide-se 'na ponta' – cenário da prática.

c) Integração ensino-serviço: reconhecimento e respeito ao tempo e espaço de cada um

Em se tratando da universidade, como 'lócus do saber', e do serviço, como 'lócus da prática', os participantes desse estudo dão visibilidade às suas percepções quanto aos enfrentamentos que ocorrem na necessária aproximação entre esses espaços. As relações que se pretendem fecundas, criativas, precisam estar ancoradas na alteridade, cujo conceito implica a possibilidade de colocar-se no lugar do outro, de dialogar, porém, sem anular a criatividade do outro⁷. Acredita-se que o fato de estar no mundo faz dos homens e das mulheres seres de relações, capaz de relacionarem-se, de sair de si e projetar-se no outro, transcendendo⁸. É nessa perspectiva que deve constituir-se a integração ensino-serviço. Sem a prática, a teoria é puro verbalismo, assim como a prática sem teoria não passa de ativismo. Contudo, quando se reúnem teoria e prática, obtém-se a práxis, como ação criadora e transformadora da realidade⁹.

A inserção do estudante e do professor no serviço repercute para o profissional da atenção, ainda que nem todos os trabalhadores concordem em dividir o espaço com a academia.

"[...] às vezes atrapalha, e não são todos os profissionais que aceitam estar dividindo espaço com a academia, porque sempre há aquela preocupação: eles estão me observando, vendo como eu faço, existe uma preocupação com a crítica". (Bibiana-G)

O representante do segmento gestão refere que o profissional dispense de tempo para dar atenção ao estudante e que precisa estar mais preparado para isso. Argumenta que os profissionais não sentem parte do processo de ensino-aprendizagem. Já para a estudante, os profissionais não apreciam a sua presença.

"[...] o acúmulo de informações, um tempo distendido do próprio profissional em dar atenção para esse aluno, a rotina [...] falta preparar esse profissional que vai receber esse aluno, simplesmente ele é como que obrigado e ponto final [...] Então, talvez ele nem se sinta como um ator presente no sentido de que ele vai colaborar com a formação do acadêmico [...]". (Anna Karenina-G)

"[...] parece que eles não gostam muito da presença do acadêmico". (Iracema-E)

Quando se confrontam a teoria e a prática na relação entre os mundos do trabalho e da educação, há uma suposta dificuldade em articular a proposição teórica à realidade dos serviços de saúde¹. Esses desafios, na concepção dos sujeitos que vivenciam a gestão do Pró-Saúde, parecem estar relacionados ao receio dos profissionais quanto às críticas e a falta de preparo e a sensibilização dos mesmos para o convívio; mas, sobretudo, dizem respeito aos 'tempos' de cada um – ensino e serviço.

Trata-se do tempo de cada sujeito, que implica a efetiva integração ensino-serviço como lócus de reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e a necessidade de transformação do modelo assistencial em vigência, o qual precisa considerar a integralidade da atenção a saúde^{2,4}. As evidentes diferenças entre o tempo do serviço e o tempo da academia estão relacionadas a processos de trabalho que são próprios para a finalidade de cada um desses espaços, de formação ou de produção da saúde, expressando a necessidade de compreender o SUS como escola⁴.

Contudo, todos os sujeitos parecem estar convictos da necessidade de reconhecer, compreender e negociar as diferenças, na direção da mudança para um modelo que considere prioritárias às necessidades dos usuários. Afinal, toda mudança, também, requer tempo, sendo que há resistências que precisam ser superadas:

“[...] os acadêmicos têm mais tempo para dar atenção, porque eles estão aqui fazendo um trabalho, uma passagem [...] A teoria é muito diferente da prática, e eu sei que é muito difícil para o professor, o pesquisador, operacionalizar com a mesma rapidez que a gente faz no dia a dia, porque, normalmente, o professor não está atuando!”. (Bibiana-G)

“Os tempos necessários ao entendimento da proposta são diferentes. O excesso de demandas do Pró-Saúde atrapalha. É preciso jogo de cintura para convencer o gestor sobre a importância dessa articulação”. (NOD – representante do segmento G)

Corroborando com as manifestações da gestão, a representante do controle social considera que o ensino encontra dificuldades para compartilhar projetos com o serviço e que isso tem a ver com a dificuldade de comunicação entre ambos. A representante do ensino pondera a necessidade de considerar os diferentes pontos de vista. Já a representante da atenção percebe a universidade como o espaço exclusivo do saber e, nesse sentido, não qualifica o serviço como elemento agregador de conhecimento, sendo que critica o fato de, efetivamente, não haver ainda uma integralidade dos diferentes cenários.

“Eu acho que nessa integração deveria ser integrada mesmo! O trabalho, o projeto que hoje está sendo feito do PET, por exemplo, tinha que ter o trabalhador escrevendo, construindo junto e mostrando depois”. (Bibiana-G)

A gestão reafirma que as críticas da IES sobre o serviço, de falta de envolvimento e comprometimento, justificam-se no tempo escasso da assistência, que não permite refletir, escrever e divulgar o seu trabalho, ou, ainda, na falta de devolutiva acerca das atividades acadêmicas realizadas nos cenários de prática.

“[...] o ensino está bem empenhado, que ele tem todo um projeto, porém, na hora de levar para o serviço, tem uma série de dificuldades”. (Alice-CS)

“[...] a universidade, por ser o representante do saber, coloca-se assim: olha, eu te instrumentalizo, porque eu sei [...] eu acho que a prática pode, realmente, agregar mais, pode abrir discussões”. (Emma-A)

“Eles [universidade] fazem o trabalho e não dão a devolutiva, se dão a devolutiva, nem sempre a devolutiva deixa perceber que o trabalho da gente está sendo bem feito, porque sempre pode mudar, não é?! O trabalho da universidade normalmente é de uma crítica para mudança ou que aquilo que esta sendo feito não é o suficiente. Mesmo quando está sendo feito muita coisa interessante pela equipe, a equipe não tem esse tempo necessário de escrever sobre isso, de fazer um pôster, um artigo”. (Bibiana-G)

Os conflitos relacionados a esse enfrentamento entre os mundos do trabalho e da educação não são novidade. É comum encontrar docentes que se envolvem, mais veementemente, com atividades de pesquisa, deixando, em segundo plano, a prática de cuidados. De outro lado, os trabalhadores, muitas vezes, estão mais envolvidos com as atividades rotineiras do cotidiano laboral, deixando de lado a educação permanente e tornando-se profissionais pouco atualizados^{11,17}. Há queixas que dizem respeito ao fato de a universidade explorar o serviço sem levar em consideração as necessidades locais e os trabalhadores que lá estão. Tal crítica amplia-se quando prevalece a noção de que os objetivos acadêmicos estão definidos a priori e não podem se afastar da estrutura previamente estabelecida. Censuras relacionadas à possibilidade de o usuário não aceitar o acadêmico e, deste último, representar algum risco ao primeiro; ou, ainda, críticas quanto à diferença entre a dialética da organização dos serviços, centrada na produtividade e em procedimentos técnico-operativos, e a dialética da instituição formadora, centrada na produção de conhecimentos teóricos e metodológicos. As proposições encontradas confirmam que o discurso teórico, necessário à reflexão crítica, precisa ser tão concreto a ponto de confundir-se com a prática⁸.

Nessa relação, o diálogo é elemento fundamental entre as diferentes formas de conhecimento, como um eixo integrador e incitante da alteridade e da transcendência dos sujeitos, no processo de formação^{8,9}. Trata-se da necessidade de compreender relações de cultura e poder que permeiam os mundos da educação e do trabalho, para além do controle do indivíduo. Para contornar tais enfrentamentos, a vivência na realidade precisa ser mediada por uma atitude investigativa, jamais passiva ou contemplativa do professor¹⁰.

Considerações finais

Os representantes do ensino, atenção, gestão e controle social percebem a integração ensino-serviço como um casamento de saberes próprios, em que o diálogo e o respeito às diferenças, pautados na alteridade e voltados à negociação, são fundamentais. Nessa direção, precisam ser respeitados os tempos e espaços de cada sujeito social a fim de atingir a integração entre educação e trabalho.

O processo vivenciado pela Unochapecó e parcerias aponta para uma inicial invasão da universidade no serviço, que se torna cada vez mais necessária, transforma-se em um casamento de saberes, que se consolida no cotidiano desses dois mundos. A integração parece acontecer, de fato, na ponta, ou seja, nos cenários de desenvolvimento da prática, contudo, isso pode ser decorrente da efetiva articulação da gestão do processo. Os acordos, que se iniciam nas bases organizacionais dos setores saúde e educação, desencadeiam o movimento de aproximação entre os mundos, o qual se materializa na ponta.

Os integrantes das estruturas colegiadas de gestão parecem compreender o Pró-Saúde como dispositivo para reorientação da formação na área e, como tal, precisa ser sustentado como estratégia política interministerial. As instâncias colegiadas intersetoriais, nessa direção, podem garantir a institucionalização de tais processos de integração ensino-serviço, no entanto, faz-se necessária uma mudança de cultura dos atores sociais que constituem o SUS a fim de compreendê-lo como escola, ou seja, estruturar suas ações dentro do eixo da integralidade, de modo a buscar efetivamente uma integração entre ensino e serviço.

A relação entre os mundos do trabalho e da educação na saúde vem se consolidando a partir de interesses diversos, mas nem sempre antagônicos. A articulação essencial entre eles requer que os conflitos sejam superados, com base em movimentos emancipatórios e políticos, com vistas à transformação. Os níveis de envolvimento dos diferentes sujeitos que compõem o quadrilátero integrante das instâncias de gestão do Pró-Saúde, são determinantes para o estabelecimento de relações fecundas de integração entre o ensino e o serviço, que visam romper com os espaços instituídos de cada ator social do quadrilátero, a fim de constituir efetivas redes de atenção, em que todos os envolvidos se impliquem e constituam linhas de cuidado que se interconectam nos processos de cuidado de gestão e de educação.

Colaboradores

Carine Vendruscolo e Fabiane Ferraz participaram da preparação do manuscrito, discussão dos resultados com os demais, revisão e aprovação da versão final. Marta Lenise do Prado, Maria Elisabeth Kleba e Kenya Schmidt Reibnitz participaram da discussão dos resultados com os demais, revisão e aprovação da versão final.

Referências

- Schmidt SMS, Backes VMS, Cartana MHF, Budó ML, Noal HC, Silva RM. Facilities and difficulties in planning training-service integration: a case study. *Online Braz J Nursing* [Internet]. 2011 [acesso 2015 Maio 20]; 10(2). Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3243/pdf_1
- Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8a ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009.
- Franco CM, Franco TB. Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde. In: Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, organizador [Internet] [acesso 2011 Nov 16]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf
- Ceccim RB, Feuerwerker LMC. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
- Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. *Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial*. Brasília (DF): MS; 2007.
- Ministério da Saúde (BR). *Aprender SUS: o SUS e as mudanças na graduação*. Brasília (DF): MS; 2004.
- Freire P. *Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3a ed. São Paulo: Centauro; 2001.
- Freire P. *Educação e mudança*. 34a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
- Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 59a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015.
- Reibnitz KS, Prado ML. *Inovação e educação em Enfermagem*. Florianópolis: Cidade Futura; 2006.
- Morais FRR, Leite IDR, Oliveira LL, Verás RM. A reorientação do ensino e da prática de enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. *Rev Gaucha Enferm*. 2010; 31(3):442-9.
- Silva MAM, Amaral JHL, Senna MIB, Ferreira EF. O Pró-Saúde e o incentivo à inclusão de espaços diferenciados de aprendizagem nos cursos de odontologia no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(42):707-17.
- Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 4a ed. Porto Alegre: Bookman; 2010.
- Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
- Abers RN, Keck ME. Representando a diversidade: estado, sociedade e "relações fecundas" nos conselhos gestores. *Cad CRH*. 2008; 21(52):99-112.

16. Finkler M, Caetano JC, Ramos FRS. Integração "ensino-serviço" no processo de mudança na formação profissional em Odontologia. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(39):1053-67.
17. Batista MJ, Gibilini C, Kobayashi HM, Ferreira LL, Gonçalo CS, Sousa MLR. Relato de experiência da interação entre universidade, comunidade e Unidade de Saúde da Família em Piracicaba, SP, Brasil. *Arq Odontol*. 2010; 46(3):144-51.

Vendruscolo C, Ferraz F, Prado ML, Kleba ME, Reibnitz KS. Integración de la enseñanza-servicio y su interfaz en el contexto de reorientación de la formación en salud. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):1015-25.

Este estudio de caso con abordaje cualitativa tiene como objetivo analizar cómo los participantes de las instancias intersectoriales del Programa Pro-Salud, desarrollado en Chapecó, Santa Catarina, Brasil, perciben la integración enseñanza-servicio en el contexto de las estructuras de gestión del programa y en el cotidiano de las acciones, indicando su interfaz en la reorientación de la formación en salud. Para recoger las informaciones se utilizó la observación de las reuniones del Comité Directivo Local y de la Comisión Coordinadora General. Fueron realizadas entrevistas con once miembros del cuadrilátero de la formación en la salud de las instancias, entre 2012-2013. Las informaciones fueron analizadas por la propuesta operativa para el análisis de datos cualitativos. Esta forma de gestión y seguimiento del programa, además de las acciones desarrolladas, está consolidando la colaboración entre instituciones educativas y servicios de salud; a través de ejes como el diálogo, la negociación, el respeto por las diferencias y la alteridad.

Palabras clave: Desarrollo de personal. Sistema Brasileño de Salud. Política de Educación Superior. Gestión en Salud. Servicios de integración docente asistencial.

Submetido em 21/10/15. Aprovado em 16/02/16.

Ambiente, saúde e trabalho:

temas geradores para ensino em saúde e segurança do trabalho no Acre, Brasil

Josina Maria Pontes Ribeiro^(a)
Tania Cremonini de Araújo-Jorge^(b)
Vicente Bessa Neto^(c)

Ribeiro JMP, Araújo-Jorge TC, Bessa Neto V. Environment, health and work: generating subjects for education in health and safety at work in Acre, Brazil. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(59):1027-39.

The paper proposes that environment, health and work are generating subjects, necessary to build a social technology for professional education, considering ergology as the perspective for analysis and dialogue as a teaching strategy in Health and Safety at Work for Agents that fight endemic diseases in Rio Branco, Acre, Brazil. The definition of these main generating subjects is the result of a dialogue between researchers from different areas, workers in the fight against endemic diseases, teachers and students of the Technical Course in Occupational Safety at the Federal Institute of Acre (IFAC). The historical and documentary research allowed to establish the links between the development projects that impacted significantly with outcomes in the environment and labor relations in health.

Keywords: Environment. Generating subjects. Work. Health.

O artigo apresenta ambiente, saúde e trabalho como temas geradores necessários à construção de uma tecnologia social para educação profissional, considerando a ergologia como perspectiva de análise, e, o diálogo, como estratégia de ensino em Saúde e Segurança no Trabalho para Agentes de Combate a Endemias em Rio Branco, Acre, Brasil. A definição dos temas geradores é resultado do diálogo entre pesquisadores de diferentes áreas, trabalhadores que atuam ou atuaram no combate às endemias, bem como de discentes e docentes do Curso Técnico em Segurança do Trabalho no Instituto Federal do Acre (IFAC), mediante exercício de atividades de ensino, pesquisa e extensão. As pesquisas histórica e documental permitiram que se estabelecessem os nexos entre os projetos de desenvolvimento que impactaram significativamente o ambiente e as relações de trabalho na saúde daí resultantes.

Palavras-chave: Temas geradores. Ambiente. Trabalho. Saúde.

^(a,c) Instituto Federal do Acre (IFAC), Campus Rio Branco. Avenida Brasil, nº 920, Xavier Maia. Rio Branco, AC, Brasil. 69.903-068. josina.ribeiro@ifac.edu.br; vicente.neto@ifac.edu.br

^(b) Laboratório de Inovações em Terapias, Ensino e Bioprodutos, Instituto Oswaldo Cruz (LITEB/ IOC-Fiocruz). Rio de Janeiro, RJ, Brasil. taniaaj@ioc.fiocruz.br

Introdução

Pensar em formação para a vida é um desafio teórico e prático grandioso que valoriza o arcabouço teórico e metodológico das ciências sociais, especialmente quanto ao ensino em saúde e segurança do trabalho, tão permeado por questões de natureza social, política e cultural. A elaboração de proposta de ensino dialógico, autônomo, que apresente respostas às situações-limites, é fundamental para que se rompa com o ideário de “educação sanitária” das décadas de 1930 e 1940, que prescrevia normas e responsabilizava o trabalhador pela ameaça a sua saúde e segurança^{1,2}. Este artigo tem por objetivo apresentar a construção de três temas – “Ambiente”, “Saúde” e “Trabalho” –, como macroestruturais e, por assim dizer, necessários à contextualização e problematização para elaboração de saberes e práticas com Agentes de Combate às Endemias (ACE’s).

Para esse objetivo, adotamos, *a priori*, alguns conceitos, de modo a sustentar as ideias desenvolvidas. Nossa proposta confirma a solidez e longevidade do “trabalho”, enquanto categoria de análise social, como espaço de dominação e submissão do trabalhador ao capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico no modo de produção capitalista³⁻⁷. Destaca-se que o capitalismo é entendido, aqui, como uma das possíveis formas de realização do capital, ou melhor, uma de suas variantes históricas, tal como apontado por Meszaros⁴.

A consolidação do modo de produção capitalista, no qual se inscreve esta análise, ocorreu na passagem do século XVIII ao XIX, quando se intensifica a produção de mercadorias, enquanto unidades sintetizadoras de valores, de uso e de troca, e que prescindem, por conseguinte, de uma divisão social do trabalho de natureza complexa e de propriedade privada dos meios de produção. Da exploração crescente da força de trabalho pelos proprietários dos meios de produção mediante extração de mais-valia, amplia-se a acumulação e concentração do capital, tal como apresentada por Netto e Braz⁸. Consideramos, para fins de análise sobre o Acre, a incipiente industrialização e a condição histórica de subordinação do território, e, posteriormente, do Estado, a repositório de matéria-prima ao capital internacional e nacional. Também tomamos como referência a abordagem ergológica sobre as atividades laborais, que destaca o trabalho como atividade humana complexa^{7,9}. Finalmente, aplicamos, ainda, a definição ampliada de classe trabalhadora, proposta por Ricardo Antunes³, segundo a qual se inscrevem os ACE’s como parte da totalidade dos trabalhadores assalariados, precarizados ou não.

A definição de “saúde” adotada foi a apresentada na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, na qual “Saúde é resultado das condições de habitação, educação, renda, meio ambiente, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso a posse da terra e acesso aos serviços de saúde”¹⁰. Logo, “[...] a saúde ou a doença é o resultado do processo complexo de produção ou reprodução sociais, propriedade fundamental das relações históricas dos seres humanos”¹¹.

A definição de “ambiente” é globalizante, abrangendo aspectos naturais, artificiais e culturais correlatos¹². Acrescente-se a noção de “ambiente de trabalho”, definida como “o conjunto de fatores físicos, climáticos, ou qualquer outro que, interligados, ou não, estão presentes e envolvem o local de trabalho da pessoa”. Vale destacar aqui que a Constituição Federal de 1988, artigo 200, VIII, estabelece que ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete, além de outras atribuições: “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”¹³. A saúde e a segurança do trabalhador são pensadas, portanto, a partir da necessidade de comunicação dialógica de saberes e práticas que permitam um agir consciente, contextualizado e dotado de sentido.

Metodologia

A construção de temas geradores remete à necessidade de superar a visão funcionalista do conhecimento e promover uma abordagem contextualizada e crítica sobre ciência e tecnologia, para além de sua aplicação pura e simples aos sistemas produtivos⁴. Para tanto, consideramos o materialismo histórico como caminho teórico e a dialética como estratégia metodológica¹⁴, levando em consideração as sequências características das ciências sociais, tal como apontados por Minayo¹⁵, no

que se refere à coleta, classificação e análise de dados obtidos: na pesquisa bibliográfica, documental, na observação de rotinas de trabalho, coleta de histórias de vida e entrevistas realizadas.

Nossa proposta foi desenvolvida no Instituto Federal do Acre (IFAC) e implicou reflexão dialógica sobre a prática docente. Nestes termos, a verdadeira liberdade estava em perguntar, aos interessados, sobre o conteúdo do diálogo, e não apenas em fazê-los cumprir um programa que fosse prévia e/ou solitariamente elaborado, sem o menor conhecimento da realidade dos sujeitos¹. Assim, a aproximação dos pesquisadores com quem seria partilhada a atividade pedagógica tornou-se questão de primeira ordem, posto que as condições materiais dos educandos condicionam a compreensão do próprio mundo, bem como a capacidade de aprender e responder aos desafios¹. Logo, é preciso considerar a experiência e a voz do trabalhador, deixando de tratá-lo como sujeito passivo e mero objeto da pesquisa^{16,17}. Resulta, então, que a definição de um universo temático mínimo foi obtida a partir não só da própria experiência existencial, mas, também, de uma reflexão crítica sobre as relações homens-mundo e homens-homens, implícitas nas primeiras” (p. 50), conforme proposto por Freire¹.

Consideramos os primeiros contatos com a categoria de trabalhadores datados de 2012, a partir do “Projeto Expedições Fiocruz para um Brasil sem Miséria”, quando ocorreram oficinas e palestra aos trabalhadores da educação, assistência social e saúde, o que incluía ACE's do município de Rio Branco/Acre. Em 2014, uma nova expedição realizou outras oficinas com o público supracitado¹⁸. Nos anos de 2013 e 2014, desenvolvemos pesquisa bibliográfica e documental, bem como coletas de dez histórias de vida tópicas, ampliando a possibilidade de diálogo com aquela categoria. Nessa primeira parte, os contatos e entrevistas foram realizados pela primeira autora.

Agregamos, a estas pesquisas, o projeto aprovado para o Doutorado da primeira autora em Ensino de Biociências e Saúde (EBS - IOC/Fiocruz), iniciado em 2013, a partir do qual realizamos observação de rotinas de trabalho de duas equipes profissionais indicadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA), que atuavam no combate a endemias na área de localização do IFAC (Regional III - Rio Branco/AC). A observação foi realizada por uma turma de 18 alunos do terceiro período do Curso Técnico em Segurança do Trabalho do IFAC, distribuídos em seis equipes de três alunos cada, integrando conhecimentos das disciplinas de: “Práticas Profissionais, Segurança do Trabalho em Serviços de Saúde”, “Trabalho e Desenvolvimento Brasileiro e Regional”. Foram também entrevistados quatro gestores de diferentes instâncias governamentais e não governamentais (SEMSA, Secretaria Estadual de Saúde - SESACRE, Fundação Nacional de Saúde - FUNASA e Associação DDT- Luta pela Vida).

À medida que emergiam os temas saúde, ambiente e trabalho, iniciamos submissões de trabalhos em eventos científicos nacionais e internacionais, a fim de obter validação acadêmica nas áreas em que os temas foram sendo inscritos (Sociologia do Trabalho, Ambiente e Saúde)^{19,20}.

A sistematização e análise dos dados para construção dos temas geradores considerou, portanto, o confronto do material empírico com as teorias já existentes, bem como das discussões realizadas em rodas dialógicas com professores e alunos do Curso Técnico em Segurança do Trabalho. Pretendemos, portanto, que tais temas perpassem todo o processo de qualificação da categoria no Acre, entendendo qualificação como relação social, como resultado de aptidões, qualidades e credenciais do indivíduo que são, também, socialmente construídas²¹.

Resultados e discussão

Ambiente, saúde e trabalho na prática profissional de ACE's no Acre: contexto e reflexões teóricas

Historicamente, a relação entre Ambiente e Saúde é explicada a partir de três paradigmas básicos apontados por Minayo²²: O paradigma biomédico, com origem na parasitologia clássica; o paradigma do saneamento, vinculado à engenharia ambiental, e, por fim, o paradigma originário dos movimentos ambientalistas e da medicina social, com forte relação com os projetos de desenvolvimento, e que marca o surgimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil. Para consecução deste terceiro paradigma, foi necessário transcender da avaliação técnica ao reconhecimento da cidadania, sobretudo a partir

da Constituição de 1988, em seu art. 200, inciso II¹³. A partir de então, “[...] a saúde do trabalhador abrange a totalidade política da dimensão da saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, de garanti-la e vigiar para que seja garantida [...]”²³, totalidade esta que deve incluir as relações sociais decorrentes e a psicodinâmica do trabalho²⁴⁻²⁷.

Para Franco¹⁶, na ordem moderna, os conhecimentos sobre saúde e segurança do trabalho tornam-se sistemáticos e consistentes, advindo a certeza de que “a natureza das agressões à saúde do trabalhador depende, basicamente, das condições materiais e ambientais do trabalho e da organização do trabalho em si [...]”

A aproximação entre saúde do trabalhador e saúde ambiental obteve maior respaldo no Brasil, a partir de quatro marcos que projetaram o conceito de sustentabilidade: (i) a criação do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (CESTEH/FIOCRUZ), em 1985; (ii) a publicação no Brasil, em 1986, do livro de Laura Conti, *Ecologia, capital, trabalho e ambiente*; (iii) da divulgação do Relatório de Bruntland; e (iv) da construção da Agenda 21, criada a partir da Eco 92²⁸.

No cenário acriano, o tema sustentabilidade emergiu em letra, sangue e suor de populações tradicionais que prepararam o caminho para que se pudesse discorrer, hoje, sobre a necessária relação entre ambiente, saúde e trabalho, a partir das abordagens ecossociais, da economia política da justiça ambiental^{29,30}. É mister lembrar que, a partir dos anos 1970, o estado do Acre foi palco de conflitos resultantes do movimento de luta pela terra, organizado pelos chamados “povos da floresta”. Este conceito identifica populações tradicionais do Acre que vivem da prática do extrativismo, como índios, seringueiros, castanheiros e populações ribeirinhas, sendo que, a partir da morte de Chico Mendes, estes povos foram apoiados pelo movimento ambientalista, sobretudo quanto à sua divulgação internacional³¹⁻³⁴.

Nestes termos, podemos afirmar que os trabalhadores responsáveis pelo combate às endemias no Acre colaboraram, desde a época dos seringais, com a manutenção de infraestrutura mínima para a produção capitalista; estiveram sempre repletos de deveres e responsabilidades, mas sempre foram invisíveis aos olhos do poder público quanto aos direitos atinentes à sua saúde e segurança. A definição de temas geradores exigiu, por conseguinte, a contextualização sobre a constituição da categoria e que impacto seus processos de trabalho trouxeram sobre a sociedade.

Das expedições de Carlos Chagas ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP): primeiros registros da saúde no Acre

As primeiras ações de combate às endemias registradas no Acre foram resultado da imposição de um “padrão civilizatório”, no sentido de assegurar a sobrevivência dos indivíduos para a reprodução do capital. Assim, tais marcos são definidos a partir do ciclo econômico da borracha, em seu primeiro e segundo surto (1879-1912 e 1942-1945), para abastecer indústrias de pneumáticos e bélica³⁰⁻³⁵. A expedição de Carlos Chagas à Amazônia (1910-1913), contratada pela Superintendência de Defesa da Borracha^{36,37}, foi realizada, ainda, no primeiro surto da borracha, para amparar políticas que exigiam grandes intervenções sobre o ambiente e impedir que doenças transmissíveis causassem prejuízos econômicos^(e).

Especificamente sobre a malária, expedicionários destacaram existir, na Amazônia, grande área territorial, com ocupação demográfica esparsa, habitação

^(e) Registre-se, ainda, a viagem de Belisário Penna e Oswaldo Cruz à Amazônia, em 1910, contratados como sanitaristas por empresa responsável pela construção da estrada de ferro Madeira-Mamoré. A construção foi iniciada em 1862, mas só ocorreram avanços significativos a partir da assinatura do Tratado de Petrópolis, em 1907, quando o Brasil assume o compromisso pela construção da estrada e, em troca, o Acre é anexado ao território brasileiro. Apenas em 1907, inaugura-se o primeiro trecho da estrada, para dar viabilidade a escoamento da produção de borracha na Amazônia. Registros da expedição para inspeção de acampamentos ao longo da estrada informavam que, lá, o índice de morbidade era de mais de 90% dos trabalhadores, com impacto sensível na produção e no ritmo de trabalho^{38,39}.

precária e dificuldades de transporte e comunicação. A distribuição gratuita de quinino e construção de hospitais fora recomendada, mas relegada pela crise na produção de borracha. Pode-se considerar tais expedições como denúncias das condições de vida dos trabalhadores nos seringais^{38,39}.

Euclides da Cunha⁴⁰ descreveu a indústria gumífera na Amazônia, em sua primeira fase, como “a mais imperfeita organização do trabalho que engendrou o egoísmo humano”. A única saúde e segurança possível ao trabalhador acriano era aquela que o coronel de barranco (seringalista) lhe permitisse ter, ou seja, a que fosse resultante dos saberes tradicionais de rezadeiras, benzedadeiras ou pajés, por meio do uso de plantas medicinais. Ressalte-se que o plantio de espécies vegetais e a criação de pequenos animais sempre foram clandestinos.

Data apenas de 1922 a organização dos serviços de saúde no então Território Federal do Acre, quando da criação da Diretoria Geral de Higiene e Saúde Pública. Suas atividades constavam de: profilaxia geral e específica das moléstias transmissíveis, inspeção sanitária a diversas atividades produtivas, nas quais se estimulava o uso de óleos, queima de enxofre ou de Verde Paris⁴⁰⁻⁴². No relatório de 1928 a 1929, o governador Hugo Carneiro declarou: “em matéria de prophylaxia rural nada, porém, encontrei no território e o pouco que tenho podido realizar, constitui um simples arremedo, devido à ausência de pessoal técnico, a falta de aparelhamento e material e a insuficiência de verba para custeio”⁴³ (p. 52). Os principais agravos de saúde citados são: paludismo, leishmaniose, tuberculose e lepra – o que requeria aumento de recursos para compra de equipamentos e ações mais enérgicas do Governo Federal, citando o art. 1.464 do Decreto nº 16.300 de 31 de dezembro de 1923, que determinava responsabilidades da União no combate às endemias e epidemias, bem como nas medidas de higiene e profilaxia no Distrito Federal, Estados e Territórios⁴³.

Durante o segundo Surto da Borracha, destacou-se a organização do SESP, em cooperação com o Governo Americano, e assinatura de convênio para atividades de saneamento, profilaxia da malária e assistência médico-sanitária às populações da Amazônia, ofertadas, de maneira tópica, em 1942³⁶. A ausência de equipes fixas no Estado e municípios dificultava a sobrevivência, ainda que precária, de centenas de nordestinos e populações nativas “adestradas” à lógica capitalista. Entrementes, a introdução do uso do Diclo-Difenil-Tricloroetano (DDT)⁽⁴⁾ em 1945, bem como a utilização de Cloroquina, levou à crença de que, até 1975, a erradicação da malária no Brasil seria possível, a partir do modelo campanhista. Tal fato não se consumou, sobretudo a partir do estabelecimento do ciclo da agropecuária no Acre⁴⁵⁻⁴⁶.

O desenvolvimento na pata do boi, malária como indicador de progresso e a emergência do agente de combate às endemias no Acre

Durante o período da ditadura militar no Brasil (1964-1984), investimentos ousados começaram a ser realizados em infraestrutura, e ocorreu um deslocamento de trabalhadores para projetos de colonização, bem como implementação de incentivos fiscais que contemplavam a mineração, a atividade madeireira e, sobretudo, a agropecuária na Amazônia. Destaque-se o Programa de Integração Nacional (PIN), em 1970, e o Plano Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (PND) I e II³³⁻³⁶. Era necessário criar uma nova geopolítica brasileira, fazendo intervenções em áreas de conflito ou, ainda, ocupando os “lugares vazios”, por onde fosse possível haver a “penetração do comunismo internacional”.

⁽⁴⁾ O DDT é um composto químico tóxico que foi utilizado na Segunda Guerra Mundial para prevenção de tifo em soldados e combate a piolhos. Posteriormente, foi utilizado na agricultura, até 1985, dado seu baixo custo e eficiência, ainda que fossem denunciados os efeitos adversos em 1962⁴⁴. A proibição de seu uso em Campanhas de Saúde Pública ocorreu apenas em 1998.

Somente em 2009, por meio da Lei n.º 11.936, de autoria do então Senador Tião Viana (PT-AC), proibiu-se a fabricação, importação, manutenção em estoque, comercialização e uso do DDT no território brasileiro.

Para Lima e Mamed⁴⁷, a implantação da pecuária extensiva foi de alto custo social: incluía a derrubada da floresta, a expulsão de trabalhadores que viviam mediante combinação da extração de látex, coleta da castanha, agricultura de subsistência, criação de pequenos animais, entre outros. Neste cenário de êxodo rural, conformou-se a ocupação desordenada das cidades acrianas, especialmente de Rio Branco, não existindo qualquer política pública que favorecesse o acesso a moradia ou a condições de vida digna para estes trabalhadores que eram expulsos de suas terras.

Com a devastação da floresta para implantação da pecuária, tornou-se necessária a criação da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM), em 1965 e 1970, consecutivamente^{36,37,48}. Nesse período, era visível a cisão político-administrativa entre atribuições do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e do Ministério da Saúde, sendo o primeiro responsável por ações de assistência à saúde individual e, o segundo, por ações de assistência à saúde coletiva (vigilância, prevenção e controle de doenças transmissíveis)⁴⁹.

A mídia acriana divulgou, em 1975, o Plano de Ação Sanitária para a região Amazônica, a ser executado a partir de 1979, considerando a necessidade de ocupação produtiva da Amazônia e, para tanto, o estabelecimento de uma infraestrutura de saúde e de programas de ação médico sanitária de caráter preventivo e curativo, compatível com o equilíbrio social^{50,51}. A vinculação entre malária e projetos de desenvolvimento manifestou-se na fala de representantes da SUCAM: “a malária caminha pela estrada e chega a ser índice de progresso: onde aparece um surto grande de malária está havendo colonização”⁵².

Para garantir a manutenção das vidas na floresta, via controle de endemias, em 1980, a SUCAM ampliou o atendimento estadual para um efetivo de duzentos homens, conforme segue: “o órgão inicia a intensificação de serviço de vigilância tendo em vista o próximo desmatamento, processo que culmina com aumento da malária, já que os transmissores se alojam no tronco das árvores derrubadas”⁵¹ (p. 1). O combate a endemias no Acre foi prioridade no Projeto Planacre, apresentado ao Banco Mundial, sendo as outras metas prioritárias vinculadas ao levantamento dos recursos naturais para zoneamento agropecuário e demarcação de terras indígenas.

Em 1988, mudanças significativas, apresentadas com a aprovação da Constituição Federal, oportunizam a criação do SUS. Como resultado, seguiram-se inúmeras normas e pactos, no intuito de melhor definir papéis dos entes federados na gestão e operacionalização do sistema, formas de financiamento e mecanismos de repasse de recursos.

Um parêntese deve ser feito para relatar que, a partir da década de 1970, o movimento ambientalista projetou, nacional e internacionalmente, a luta pela terra no Acre de forma surpreendente, tornando suas ações, que antes representavam atraso econômico, em significativa contribuição para manutenção das futuras gerações^{53,54}. A repercussão na mídia nacional e internacional sobre a situação de violência a que estavam submetidos os seringueiros no Acre acelerou discussões sobre a implantação das reservas extrativistas e a formulação de modelo de desenvolvimento sustentável para a região, construído a partir da trajetória e necessidade dos povos da floresta. Este projeto foi consolidado com a vitória do candidato petista para a Prefeitura de Rio Branco em 1992, e efetivado em 1999, quando, com o discurso de “Governo da Floresta”, este mesmo candidato ganhou eleições para o governo do Estado, garantindo a hegemonia do Partido dos Trabalhadores no Acre até os dias atuais (2015).

A mercantilização da natureza, a descentralização dos serviços de saúde e a precarização do trabalho

A partir da década de 1990, algumas áreas de terra com potencial para o cultivo de seringueiras passaram a integrar o patrimônio público, sendo permitida a utilização sustentável por famílias tradicionais. Estabeleceu-se, no Acre, o que Paula⁵³ denominou de “desempate a favor do capital”, referindo-se à aceitação do “capitalismo verde” por parte do Governo Estadual, sendo este legitimado pelo discurso do desenvolvimento sustentável. Lima e Mamed⁴⁷ confirmam polarizado debate, tendo, de um lado, a questão da defesa da floresta para quem nela vive e, de outro, a exploração econômica

organizada para os agentes do mercado. A luta pela terra foi redirecionada para a luta pela preservação da floresta, e a fragmentação da classe trabalhadora no campo foi destacada, assim como o peso da cadeia produtiva da madeira. É possível constatar, também, que a reestruturação produtiva alcança os funcionários públicos acrianos na área urbana, por meio de privatizações, extinção e/fusões de empresas/secretarias⁵⁴⁻⁵⁸.

Em 1991, registra-se, no campo da saúde, a fusão da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP), de parte das Secretarias Nacionais de Ações Básicas de Saúde (SNABS), de Programas Especiais de Saúde (SNPES) e da SUCAM, constituindo a Fundação Nacional de Saúde (FNS). Identificou-se, no governo Collor (1990-1992), que 66 trabalhadores acrianos tiveram seus contratos de trabalho rescindidos sem justa causa, sendo, posteriormente, readmitidos mediante a Lei nº 8.878/94. Como resultado imediato, o agravamento do quadro da malária no Acre⁵⁷, sobretudo em áreas de difícil acesso, como era o caso da Fazenda Sudam, com população de 163 pessoas e cuja coleta de 102 lâminas rendeu 77 resultados positivos para malária, em fevereiro de 1995.

A partir da Constituição Federal de 1988, foram adotadas medidas para descentralização, mediante leis e decretos que organizaram serviços em níveis crescentes de complexidade, por unidades geográficas específicas e para clientela definidas, sendo a integralidade dos atendimentos garantida em Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP). De 1999 a 2000, surgiram reformas organizacionais no campo da saúde pública, para início do processo de descentralização dos serviços de saúde no Acre, dentre as quais: a) adoção da denominação SESACRE e redefinição de organograma estadual; b) implantação de sistemas informatizados para gerenciamento de unidades; c) criação da comissão interinstitucional de epidemiologia; d) reformas e ampliação da rede de unidades de saúde; e) assinatura de convênio SESACRE e FUNASA (anterior FNS) disponibilizando, à gestão estadual, 305 servidores federais para controle de doenças transmitidas por vetores⁶⁰. Como resultado deste processo, em 2001, do total de 22 municípios do estado, existia apenas um município habilitado com gestão plena do Sistema Municipal de Saúde, 16 habilitados para atenção básica e cinco não habilitados^{41,59,60}.

De 1995 a 1998, o governo estadual programou: ações de privatização, extinção, fusão, municipalização e incorporação de órgãos e entidades da administração direta ou indireta, bem como programa de incentivo à exoneração ou desligamento voluntário⁶¹. A dependência de verbas do governo federal para integração ao cenário nacional e a ausência de indústrias que absorvessem o contingente de trabalhadores urbanos explicaram a ampliação do desemprego e a precarização do trabalho no Acre, a partir da reforma neoliberal.

Visando acelerar o processo de descentralização, em 2006, foi firmado, no Acre, o "Pacto pela Saúde", mediante Portarias Ministeriais nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, e nº 648, de 28 de março de 2006. Data também deste ano a regulamentação da categoria dos ACE's, por meio da promulgação da Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, que foi alterada pela Lei nº 12.994, de 17 de junho de 2014⁶¹⁻⁶³. Entretanto, apenas a partir do Decreto 7.508 de 28 de junho, os municípios acrianos assumiram totalmente a execução de ações de vigilância em saúde. Uma exceção ocorreu no município de Cruzeiro do Sul, cujos números elevados de malária justificaram realização de acordo entre entes públicos, no qual o Estado responsabilizar-se-ia gerencial e financeiramente pela contratação de pessoal e infraestrutura necessária, o que incluía aquisição de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) para os ACE's.

⁶⁰ Sobre este assunto, registrou-se, em 2000, a cessão de 26 mil trabalhadores de nível médio da FUNASA aos Estados e Prefeituras^{36,37,48}, sendo que, no Acre, os trabalhadores desse órgão ainda não aposentados ficaram espalhados em Distritos Sanitários Indígenas/Funasa, SESACRE, SEMSA. No Acre, tal cessão foi regulamentada pelo Convênio nº 001/2000, firmado entre Funasa e SESACRE.

A partir do discurso da implantação do SUS, emergiu ainda mais a precarização do trabalho, via transferência da produção estatal de bens e serviços para o terceiro setor. Registrou-se, por meio da Lei 2.031 de 26 de novembro de 2008, a criação do Serviço Social de Saúde do Acre (Pró-Saúde Acre), uma instituição paraestatal de direito privado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo e utilidade pública, com autonomia gerencial, patrimonial, orçamentária e financeira, quadro de pessoal próprio e prazo de duração indeterminado. Logo, para uma nova forma de relação com o ambiente, a política de saúde descentralizada incorporou a flexibilização e a precarização no trabalho de ACE's, para quem passaram a ser pensadas propostas de qualificação que dessem conta deste processo histórico em construção.

Considerações finais

Após revisão bibliográfica e escuta de protagonistas das ações técnicas, políticas e sanitárias levadas a cabo no Acre, os temas tratados anteriormente constituem o repertório que consideramos relevante para nuclear as ações de ensino de saúde e segurança do trabalho no Estado a ACE's. A definição dos temas está referenciada no paradigma originado de movimentos ambientalistas e da medicina social, tendo forte relação com projetos de desenvolvimento que marcaram o surgimento da saúde coletiva no Brasil, a partir dos quais se constroem as relações de trabalho na ordem moderna. Logo, uma vez garantida a expansão capitalista e gerados agravos decorrentes da ação do homem sobre o ambiente, tornou-se necessário desenvolver tecnologias (novos produtos ou processos) que os contivessem. Assim se justificaram investimentos em saúde e determinados produtos químicos foram liberados ou retirados do mercado, como ocorreu com o DDT. Como o foco sempre foi o desenvolvimento produtivo, e não o ambiente do qual somos parte e no qual estabelecemos relações sociais de produção, as medidas de segurança e proteção ao trabalhador foram consideradas apenas quando afetavam diretamente ao mercado.

A construção dos temas geradores "ambiente, saúde e trabalho" tornou-se necessária para que exista real integração das dimensões sociopolíticas, culturais e econômicas. Visa retirar a sociedade e o trabalhador da situação de total alienação em relação aos meios de produção, de forma que a mera reprodução dos processos e definições, bem como a quantificação de casos não sejam mais relevantes que sua explicação. Assim sendo, a proposta dos temas permitirá que se trabalhem os limites existentes entre o orgânico e o social, conhecimentos técnico científicos e tradicionais. Essa investigação se desdobrará, portanto, na elaboração e teste de propostas educativas afinadas com essas perspectivas, aplicadas à realidade do público que procura o IFAC para formação técnica em saúde e segurança do trabalho.

Colaboradores

Todos os autores trabalharam na concepção e na redação final do artigo. JMP Ribeiro foi a autora e TC Araújo-Jorge é a orientadora do Projeto de Doutorado que originou este artigo. V Bessa Neto colaborou na revisão final do texto e participou diretamente do processo de construção dos temas geradores, cuja descrição motivaram a elaboração do artigo. TC Araújo-Jorge traduziu o artigo para o inglês.

Agradecimentos

Aos trabalhadores que atuaram ou atuam no combate às endemias no Acre. Às discentes Lisiane Ferreira, Ketlen da Costa, Maria Targino, Ana Paula Silva e Patrícia Silva e aos pesquisadores Pedro Plese e Emanuela dos Santos, por colaborarem com atividades de pesquisa e extensão que contribuíram com a elaboração do artigo. A pesquisa foi financiada pelo Termo de Cooperação nº 004, de 29 de agosto de 2012, celebrado entre Instituto Federal do Acre (IFAC) e Instituto Oswaldo Cruz (IOC-Fiocruz).

Referências

1. Freire P. A pedagogia do oprimido. 50a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
2. Santos AK. Comunicação em Saúde do trabalhador. Curitiba: Juruá; 2009.
3. Antunes R. O caracol e sua concha: ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo; 2005.
4. Mézáros I. A educação para além do capital. São Paulo: Boitempo; 2005.
5. Vasconcelos LCF. As relações saúde, trabalho e direito e a justiça injusta. In: Vasconcelos LCF, Oliveira MHB, organizadores. Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: EDUCAM; 2011. p. 33-84.
6. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. Rev Saude Publica. 1991; 25(3):341-9.
7. Neves TP. As contribuições da ergologia para a compreensão da biossegurança como processo educativo: perspectivas para a saúde ambiental e do trabalhador. Mundo Saude. 2008; 32(3):367-75.
8. Paulo Netto J, Braz M. Economia política: uma introdução crítica. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2007.
9. Durrive L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. Trab Educ Saude. 2011; 9(1):47-67.
10. Ministério da Saúde (BR). Relatório da 8ª Conferência Nacional da Saúde: tema 1 - saúde como direito. Brasília (DF); 1986.
11. Jimenez JGP. Malaria y determinantes sociales de la salud: un nuevo marco heurístico desde la medicina social latino-americana. Biomedica. 2010; 30(2):180.
12. Silva JA. Direito ambiental constitucional. 5a ed. São Paulo: Malheiros; 2004.
13. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
15. Minayo MCS. De ferro e flexíveis: marcas do estado empresário e da privatização na subjetividade operária. Rio de Janeiro: Garamond; 2004.
16. Franco T. Padrões de produção e consumo nas sociedades urbano-industriais e suas relações com a degradação da saúde e do ambiente. In: Minayo MCS, Miranda AC, organizadores. Saúde e ambiente sustentável: estreitando os nós. 20a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 209-22.
17. Schwartz Y, Durrive L. Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2a ed. Niterói: UFF; 2007.

18. Araújo-Jorge T, Matraca M, Moraes Neto A, Trajano V, D'Andrea P, Fonseca A. Doenças negligenciadas, erradicação da pobreza e o plano Brasil sem Miséria. In: Campelo T, Falcão T, Costa P, organizadores. O Brasil sem Miséria. Brasília (DF): Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; 2014. p. 703-26.
19. Plese LPM, Alcântara JMPR, Souza PRS, Lima AA, Ferreira EC. Avaliação de teores de Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT) em solos do Estado do Acre [Internet]. In: Anais da 66ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; 2014; Rio Branco/AC, Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; 2014 [acesso 2015 Mar 16]. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/66ra/resumos/resumos/6443.htm>
20. Alcântara JMPR, Plese LPM, Souza PRS. Trabalho, ambiente e saúde: sobre a história do exército de mata mosquitos no Acre e o uso de Dicloro-Difenil-Tricloroetano (DDT) [Internet]. In: Anais da 66ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; 2014; Rio Branco/AC, Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência; 2014 [acesso 2015 Mar 16]. Disponível em: <http://www.sbpcnet.org.br/livro/66ra/resumos/resumos/6715.htm>
21. Guimarães NA. Qualificação como relação social. In: Escola Politécnica Joaquim Venâncio. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 301-6.
22. Minayo MCS, Freitas CM, Rozemberg B, Mendes RL, Porto MFS, Gomes MZR. O Programa institucional sobre Saúde e Ambiente no processo de desenvolvimento da Fundação Oswaldo Cruz. An Acad Bras Cienc. 1999; 71(2):279-88.
23. Vasconcelos LCF. Entre a saúde ocupacional e a saúde do trabalhador: as coisas nos seus lugares. In: Vasconcelos LCF, Oliveira MHB, organizadores. Saúde, trabalho e direito: uma trajetória crítica e a crítica de uma trajetória. Rio de Janeiro: Educam; 2011. p. 413.
24. Petras J. Neoliberalismo: América Latina, Estados Unidos e Europa. Blumenau: FURB; 1999.
25. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. 5a ed. São Paulo: Cortez, Oboré; 1992.
26. Jayet C, Christophe D, Abdoucheli E. A psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2007.
27. Bourdieu P. Contrafogos: táticas para enfrentar a invasão neoliberal. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 1998.
28. Porto MF. Saúde do trabalhador e o desafio ambiental: contribuições do enfoque ecossocial, da ecologia política e do movimento pela justiça ambiental. Cienc Saude Colet. 2005. 10(4):829-39.
29. Freitas CM, Porto MF. Saúde, ambiente e sustentabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
30. Alves F. Balanço das lutas sociais no campo na década de 80. In: Oliveira CAB, Mattoso JEL, Siqueira Neto JF, Pochmann M, Oliveira MA, organizadores. O mundo do trabalho: crise e mudança no final do século. São Paulo: Página Aberta; 1994. p. 425-58.
31. Sant'anna Júnior HA. Florestania: a saga acreana e os povos da floresta. Rio Branco: Edufac; 2004.
32. Costa Sobrinho PV. Capital e trabalho na Amazônia Ocidental: contribuição à história social e das lutas sindicais no Acre. São Paulo: Cortez; 1992.
33. Tocantins L. Estado do Acre: geografia, história e sociedade. Rio Branco: Tribunal de Justiça; 2003.
34. Martinello P. A batalha da borracha na segunda guerra mundial. Rio Branco: Edufac; 2004.

35. Cavalcante FCS. A política Ambiental na Amazônia: um estudo sobre as reservas extrativistas [tese]. Campinas (SP): Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 2002.
36. Fundação Nacional de Saúde. Revista 100 anos de Saúde Pública. Brasília (DF): Funasa; 2004.
37. Fundação Nacional de Saúde. Revista Funasa 15 anos. Brasília (DF): Funasa; 2006.
38. Mello MTVB, Pires-Alves F. Expedições científicas, fotografia e intenção documental: as expedições do Instituto Oswaldo Cruz (1911-1913). *Hist Cienc Saude - Manguinhos*. 2009; 16 Supl 1:139-79.
39. Schweickardt JC, Lima NT. Os cientistas brasileiros visitam a Amazônia: as viagens científicas de Oswaldo Cruz e Carlos Chagas (1910-1913). *Hist Cienc Saude - Manguinhos*. 2007; 15 Supl:15-50.
40. Cunha E. Um paraíso perdido: reunião de ensaios amazônicos. Brasília (DF): Senado Federal; 2000.
41. Klein P. História da saúde pública no Acre. Rio Branco: Fundação Cultural Elias Mansur; 2002.
42. Braga IA, Valle D. *Aedes aegypti*: inseticidas, mecanismos de ação e resistência. *Epidemiol Serv Saude*. 2007; 16(4):279-93.
43. Território do Acre. Relatório do período de janeiro do ano de 1928 a outubro do ano de 1929. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional; 1930.
44. Carson R. Primavera silenciosa. São Paulo: Melhoramentos; 1969.
45. Até 1975 a malária estará erradicada no Brasil. *Jornal O Rio Branco*. 21 Abr 1971; 3(287):3.
46. Paula EA. (Des)envolvimento insustentável da Amazônia. Ocidental: dos missionários do progresso aos mercadores da natureza. Rio Branco: Edufac; 2005.
47. Lima EO, Mamed LH. Trabalho e precarização na Amazônia Acreana [Internet]. In: Anais do 29º Congresso Latino-Americano de Sociologia; 2013, Chile. Chile: Associação Latinoamericana de Sociologia; 2013 [acesso 2015 Abr 10]. Disponível em: http://actacientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT18/GT18_OliveiraDeLima_Mamed.pdf
48. Batistella CEC. Tensões na constituição de identidades profissionais a partir do currículo: análise de uma proposta de formação profissional na área de vigilância em saúde [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública; 2009.
49. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em Saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta a novos e velhos desafios [Internet]. Brasília (DF): MS; 2006 [acesso 2015 Mar 16]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigilancia_saude_SUS.pdf
50. Plano de Ação Sanitária beneficia Região Amazônica. *Jornal O Rio Branco*. 9 Jun 1977; 9(43):3.
51. SUCAM amplia atendimento. *Jornal O Rio Branco*. 11 Abr 1980; 10(873):1.
52. SUCAM anuncia diminuição de casos de malária no Acre. *Jornal O Rio Branco*. 10 Abr 1985; 15(2.514):3.
53. Paula EA. Capitalismo verde e transgressões Amazônia no espelho de Caliban. Dourados: UFGD; 2013.
54. Alcântara JMPP. Privatizações das telecomunicações: desemprego, informalidades e reestruturação do trabalho no Acre [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro; 2009.

55. Mosqueteiros da floresta: agentes da SUCAM estão de volta. *Jornal O Rio Branco*. 3 Fev 1995; 25(4.805):1-7.
56. Silveira AC, Rezende DF. Avaliação da estratégia global de controle integrado da malária no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2001 [acesso 2014 Nov 25]; 120. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aval_malaria.pdf
57. Soares ASS. Três décadas de estruturação: uma análise da administração pública acreana [monografia]. Rio Branco (AC): Universidade Federal do Acre; 2000.
58. Klein P. As relações intergovernamentais na implantação da política de saúde no Estado do Acre de 1990 a 2008 [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.
59. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto [Internet]; 2006 [acesso 2014 Abr 23]. Disponível em: http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impressao.php?id=6620
60. Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]; 2006 [acesso 2014 Abr 24]. Disponível em: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf
61. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências [Internet]; 2006 [acesso 2013 Abr 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm
62. Lei nº 12.994, de 12 de junho de 2014. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para instituir piso salarial profissional nacional e diretrizes para o plano de carreira dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias [Interne]; 2014 [acesso 2014 Out 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm
63. Decreto nº 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 [Internet]; 2011 [acesso 2013 Abr 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

Ribeiro JMP, Araújo-Jorge TC, Bessa Neto V. Ambiente, salud y trabajo: temas generadores para la enseñanza en salud y seguridad del trabajo en Acre, Brasil. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(59):1027-39.

Este artículo presenta ambiente, salud y trabajo como temas generadores necesarios a la construcción de una tecnología social para la educación profesional, considerando la ergología como perspectiva de análisis y el diálogo como estrategia de enseñanza en Salud y Seguridad en el Trabajo para los Agentes de Combate a Endemias, en Rio Branco, Acre, Brasil. La definición de los temas resulta del diálogo entre investigadores de distintas áreas, trabajadores que actúan o actuaron en el combate a endemias, así como entre los discentes y docentes del Curso Técnico en Seguridad del Trabajo en el Instituto Federal de Acre (IFAC), mediante actividades de enseñanza, investigación y extensión. Las investigaciones históricas y documentales posibilitaron que se establecieran nexos entre los proyectos de desarrollo, que resultaron significativos en el ambiente y en las relaciones laborales en el área de la salud.

Palabras clave: Temas generadores. Ambiente. Trabajo. Salud.

Submetido em 20/05/15. Aprovado em 02/03/16.

Formação em cuidados paliativos:

experiência de alunos de medicina e enfermagem

Álvaro Percínio Costa^(a)
Kátia Poles^(b)
Alexandre Ernesto Silva^(c)

Costa AP, Poles K, Silva AE. Palliative care education: experience of medical and nursing students. *Interface* (Botucatu). 2016; 20(59):1041-52.

The research remarks the importance of training professionals capable of handling the subjectivity required to palliative care. This is a qualitative study, with an exploratory and descriptive approach. It aims to explain and analyze the experience of undergraduate medical and nursing students in palliative care, identifying the challenges and understanding the formative requirements for this type of care. It was possible to identify five aspects that make up the experience: change in the perception about palliative care, identification with the patients and their family, rationalization and awareness process, palliative care education and practice learning and multidisciplinary work. The study shows the importance of practice activities in palliative care learning, the valorization of the multidisciplinary teams, the suffering involved in the process of self-identification with the end-of-life patient and the cycle of empathy and estrangement resulting in the emotional maturity needed in palliative care.

Keywords: Teaching. Medical Education. Nursing Education. Palliative care. Attitude towards death.

Ganha destaque a importância da formação de profissionais capazes de lidar com a subjetividade necessária aos cuidados paliativos. Este é um estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, que objetiva conhecer a experiência dos alunos de medicina e enfermagem durante atendimento a pacientes em cuidados paliativos, identificando dificuldades e aspectos formadores para esse cuidado. Destacaram-se cinco temas que compõem a experiência: mudança na percepção sobre cuidados paliativos, identificação com o paciente e a família, processo de racionalização e sensibilização, formação em cuidados paliativos e aprendizado com a prática e trabalho em equipe multidisciplinar. O estudo demonstra: a importância das atividades práticas no aprendizado em cuidados paliativos, a valorização do trabalho multidisciplinar, o sofrimento pelo processo de autoidentificação com o paciente em final de vida, e o ciclo de empatia e distanciamento resultante na maturidade emocional necessária ao paliativismo.

Palavras-chave: Ensino. Educação médica. Educação em enfermagem. Cuidados paliativos. Atitude frente à morte.

^(a,b,c) Campus Centro-Oeste "Dona Lindu", Universidade Federal de São João del-Rei. Rua Sebastião Gonçalves Coelho, 400, bairro Chanadour. Divinópolis, MG, Brasil. 35501-296. alvaropercinio@gmail.com; kpoles@usp.br; alexandresilva@ufsj.edu.br

Introdução

Os Cuidados Paliativos (CP) foram definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2002, como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida. Os CP devem reunir as habilidades de uma equipe multiprofissional para ajudar o paciente e seus familiares a se adaptarem às mudanças de vida impostas pela doença, bem como promover a reflexão necessária para o enfrentamento da condição irreversível e/ou possibilidade de morte¹⁻⁴.

Segundo a OMS, os princípios dos CP são: fornecer alívio para dor, astenia, inapetência, dispneia, dentre outras; reafirmar a vida e a morte como processos naturais; integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente; não apressar ou adiar a morte; oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente em seu próprio ambiente; oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte; usar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto⁴.

O reconhecimento da fase de final de vida pode ser difícil, mas é extremamente necessário para o planejamento do cuidado e preparo do paciente e da família para perdas e morte. Mesmo após a morte do paciente, a equipe de CP deve dar atenção ao processo de luto familiar: como a morte ocorreu, qual o grau de conforto e quais impactos trouxe aos familiares e à própria equipe interdisciplinar. A assistência familiar pós-morte pode e deve ser iniciada com intervenções preventivas⁴.

No Brasil, os CP surgiram na década de 1980, fim da ditadura, quando o sistema de saúde era voltado somente para a cura das doenças. Expandem-se em 1997, com a criação da Associação Brasileira de CP⁵. Em 1998, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) inaugura, no hospital, a unidade IV, exclusivamente para os CP⁶. Em 2005, é criada a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP), e um grande avanço foi registrado em 2011: o Conselho Federal de Medicina (CFM) reconheceu os CP como área de atuação médica, a partir da Resolução CFM 1973/2011⁷.

Ainda existem fatores que influenciam a prática do paliativismo, como: ausência de uma política nacional de CP, dificuldade de acesso aos opioides, ausência de disciplina específica na formação de profissionais de saúde, e a escassez de serviços e programas especializados em CP. Além disso, o envelhecimento da população nacional e o aumento da incidência de câncer tornam os doentes que carecem de CP um problema de enorme impacto social⁵.

A medicina paliativa e a curativa complementam-se para dar apoio ao paciente durante seu processo de adoecimento, bem como durante seu processo de morrer, sendo este último parte natural do viver. A falta de preparo para enfrentar situações de comunicação e suporte aos pacientes em fase final de vida leva a um grande prejuízo na relação profissional de saúde-paciente. O profissional se sente impotente e fracassado por não cumprir o objetivo da medicina curativa, e o paciente se sente desamparado por não ter o apoio necessário em uma situação de tão grande fragilidade⁸. O profissional que não apresenta nenhum grau de formação em CP tende, com o tempo, a criar um distanciamento afetivo do paciente. Surge daí a necessidade de avaliar o conhecimento sobre CP e responder por meio de mudanças na formação destes profissionais^{8,9}.

Atualmente, o ensino dos CP vem sendo pouco abordado no currículo da graduação dos profissionais de saúde. Para que os futuros profissionais tenham uma visão humanística acerca das necessidades dos pacientes fora de possibilidades terapêuticas de cura, é necessário que haja uma modificação no currículo dos cursos de graduação, privilegiando-se conteúdos específicos sobre CP¹⁰.

Diante do exposto, questiona-se: Como é a experiência dos alunos de medicina e enfermagem no atendimento ao paciente em CP? Quais são as dificuldades percebidas por eles? Como a formação contribui para esse tipo de atendimento? Justifica-se a realização do estudo em virtude da identificação de subsídios que nortearão a formação e a prática dos profissionais de saúde em CP.

O objetivo deste estudo é conhecer a experiência dos alunos de medicina e enfermagem no atendimento aos pacientes em CP, compreendendo os aspectos de sua formação para esse tipo de cuidado.

Metodologia

Este é um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que foi realizado com alunos de medicina e enfermagem que participaram há, pelo menos, seis meses do Programa de Extensão “Bem Cuidar”, desenvolvido na Universidade Federal de São João del-Rei, Campus Centro-Oeste (UFSJ/CCO). O Programa de Extensão “Bem Cuidar” tem por objetivo capacitar pacientes em CP e seus cuidadores para o cuidado e/ou autocuidado por meio de ações de cunho educativo, favorecendo, dessa forma, o conforto durante a internação e possibilitando a habilitação para a alta hospitalar. Essas atividades ocorrem no setor oncológico de um hospital de médio porte do Centro-Oeste mineiro, sendo realizadas por graduandos dos cursos de Medicina e Enfermagem, bem como por professores, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da referida instituição. Foram incluídos os alunos que aceitaram participar da pesquisa e que preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados por meio de dez entrevistas semiestruturadas em local privado da UFSJ/CCO. A pesquisa foi realizada sem amostragem predefinida, levando em consideração o conceito de saturação de dados. Durante as entrevistas, foram feitas perguntas do tipo: Quais são as dificuldades enfrentadas por você no atendimento aos pacientes em CP? Como tem sido a sua formação com relação aos CP? O que você acha que deveria ser aprimorado na sua formação em CP?

A análise do material foi feita por meio de análise temática. Nas entrevistas já coletadas, foram buscados dados sobre a experiência e formação dos alunos em CP. Procurou-se descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência significam alguma coisa para o objetivo analítico visado. Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados e interpretação¹¹. A pré-análise consiste: na escolha do material a ser analisado, na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final. A exploração do material é o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes ao conteúdo. Para tanto, realizou-se a classificação e agregação dos dados, escolhendo as categorias que comandaram a especificação dos temas. A categorização permitiu reunir maior número de informações à custa de uma esquematização e, assim, correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. O tratamento dos resultados e interpretação consiste na organização dos dados brutos, de modo a se constituírem os temas, os quais podem ser definidos como unidades que se libertam naturalmente do texto analisado.

Resultados

Foram entrevistados dez alunos, cinco de medicina e cinco de enfermagem, do terceiro ao nono período, de faixa etária entre 21 e trinta anos. As siglas EM e EE significam entrevista com aluno de medicina e enfermagem, respectivamente, sendo seguidas pelo número de ordem de realização da entrevista. A seguir, são apresentados os temas que compõem a experiência dos alunos.

Mudança na percepção sobre cuidados paliativos

O processo de mudança na percepção do que se tratavam os CP foi relatado em muitas entrevistas. Os alunos informaram que, antes de serem preparados para o contato com os pacientes, tinham em mente que os CP iniciavam-se quando não se tinha mais o que fazer por aquele doente. Com o aprofundamento no assunto e as atividades práticas, perceberam a grande demanda de cuidados que este tipo de paciente possuía e que havia ainda muito a ser feito.

“Quando eu entrei no programa eu percebi que o paliativo é totalmente diferente do vemos na graduação, não é morrer, é ter qualidade de vida durante o tratamento mesmo quando não há possibilidade de cura”. EE1

Segundo alguns entrevistados, o agente principal para essa mudança estava no espaço de fala dos pacientes e familiares, que expressavam as necessidades de intervenção por meio de seus discursos. A cada demanda diária, o aluno ia formando um leque de soluções que serviam tanto para aquele paciente quanto para todos os outros. Essa escuta é citada pelos entrevistados como a ferramenta mais importante para se alcançar a melhora da qualidade de vida.

“Então quando eu passei a os (pacientes e familiares) deixar demandarem, eu fui entendendo qual era meu papel ali. [...] à medida que eles foram falando eu pensava: o paciente precisa ouvir isso, ele precisa que a gente toque nesse ponto, a família precisa que a gente fale disso aqui”. EE6

Os alunos apontam que, com o ganho de experiência, percebiam que, além da parte técnica, voltada para o tratamento da dor física, também é importante que exista integração deste cuidado com outros que visem o tratamento da dor psicológica, espiritual e social. Concluem que esta ampliação da percepção das necessidades do paciente resultava em maior humanização do atendimento.

“Uma conversa para ver o que ele está pensando, o que ele está sentindo. E não, por exemplo, está sentindo dor na perna então tá, vou dar um remédio. Não, queremos saber o que ele realmente está sentindo, não só dor física, outro tipo de dor também. Acho que isso importa para os pacientes”. EM4

Identificação com o paciente e com a família

Durante a pesquisa, foram expressos graus variáveis de empatia entre os alunos, pacientes e cuidadores. A maioria dos entrevistados relatou que se sentia afetada pelo sofrimento dos pacientes e seus familiares, enquanto uma minoria informou não se abalar tanto. Os alunos que falaram da ocorrência desta contratransferência referiram-se ao surgimento de associações entre sua história de vida e a situação dos pacientes. Muitos contaram que se identificam com os familiares e lidam com seus sofrimentos imaginando-se em suas situações. A empatia leva os entrevistados a considerarem-se na posição do familiar ao perder o seu ente querido, de forma que, em várias entrevistas, foi identificada a preferência e facilidade maior em lidar com os pacientes do que com os familiares.

“Então acho que uma dificuldade é eu pensar que ele (paciente) poderia ser um familiar meu. Será que poderia ser meu pai, ou minha mãe que poderia estar ali”? EE3

“Eu me projeto no cuidador, como se fosse eu cuidando da minha mãe e do meu pai. Eu não sei como que ia ser”. EM4

Alguns alunos tinham histórias familiares de morte por câncer e conviveram com a doença durante algum tempo no âmbito familiar. Estes informaram que, com frequência, a história do paciente lhes trazia recordações de sua história, sendo que, em alguns momentos, o paciente era comparado ao parente afetado.

“Meu avô morreu de câncer recentemente, então eu associei muito. Eu vi o sofrimento dele. Então quando eu vejo um paciente sofrendo eu me lembro dele e ai é difícil”. EE5

Já em outras situações, fatores como idade, sexo e características físicas próprias do paciente levavam a uma identificação por parte do aluno, que acabava por associá-lo a um parente, independente de história familiar de câncer. Essa empatia, geralmente, leva à comparação entre o paciente e a mãe ou pai dos alunos. Estes afirmam que esta identificação ocorria, sobretudo, quando se viam como o cuidador, imaginando como seria cuidar de um pai ou uma mãe doente.

“Eu tenho muita dificuldade com paciente do sexo feminino, por exemplo, assim, nova, da idade da minha mãe”. EM4

“No momento que eu cheguei ao quarto o jeito que o paciente falou me lembrou muito meu avô. Então no primeiro momento até eu me acostumar com aquilo ali foi difícil”. EE8

De todos os relatos de identificação, os que se dão em maior grau de intensidade são os que provêm da identificação dos alunos com o paciente, imaginando-se em seu lugar. Os entrevistados relatam que isso ocorre com mais frequência quando as idades dos pacientes são mais próximas das suas, levando-os a se imaginarem nesta situação de final de vida.

“Quanto mais próximo da minha idade é mais difícil para eu chegar neste paciente”. EM2

“O paciente que é jovem fica com uma aparência muito degradada e aí não tem como você não pensar em você. Pensar que eu tenho 22 anos e podia estar assim”. EM4

Processo de racionalização e sensibilização

A prática de CP envolve fortemente o estado psicológico do paciente e, conseqüentemente, o prestador de cuidados sofre influências em seu estado emocional. Falas sobre como ocorrem estas influências, os mecanismos criados para lidar com elas e as suas conseqüências permearam grande parte das entrevistas, trazendo à tona um processo cíclico de racionalização e sensibilização, que foi expresso por grande parte dos alunos. Alguns estudantes informaram uma atitude mais neutra e distante no início de suas atividades práticas, que foi, com o tempo, se transformando com um aumento da sensibilidade. Já outros entrevistados informaram o processo contrário: iniciaram as práticas de atendimento em um estado mais sensível, empático e, com o passar do tempo, passaram a racionalizar as impressões do contato com estes pacientes.

“Dentro da profissão a gente escuta muito que o profissional não pode mostrar emoção. Só que no programa a gente vê que isso não é bem verdade. Tem momentos que é necessário você sentar com o paciente, sentar com a família, estar ali junto com eles compartilhando essa emoção”. EE8

“Eu tenho ficado muito triste com a morte. O que eu faço é não pensar. Mas tem dia que eu estou mais estressada e vejo que o paciente morreu e fico muito triste”. EM4

Este processo de racionalização, segundo os alunos, é caracterizado por um distanciamento da situação do paciente, impedindo o surgimento da empatia e limitando a expressão emocional durante as visitas. Informaram que este era um mecanismo para se proteger do sofrimento percebido na situação paliativa. Foram citados mecanismos como não se imaginar no lugar do paciente, não imaginar um familiar no lugar do paciente, tentar esquecer o que ocorreu nas visitas quando saem do hospital e tornar-se frio emocionalmente. Alguns relataram que, com o passar do tempo, surge um processo de banalização da morte, modificando as impressões que esta lhes criava antes.

“Às vezes eu sou meio frio assim. Mas é a profissão que escolhi e vou me aprimorando, vou vendo os pacientes, vendo as conseqüências e não posso me deixar levar pelo emocional”. EE3

“Eu acho que a gente vai meio que acostumando, com a morte mesmo. No começo quando eu ia era pior. Está melhorando. Acho que com o tempo... tudo com o tempo a gente vai acostumando”. EE5

Em outro momento, esse distanciamento evolui para a perspectiva de sensibilização com as situações, quando se cria a empatia com o paciente. Os entrevistados informaram que esta empatia surge quando se abre o espaço franco para a escuta. Outros relataram tratar o paciente como se fosse um familiar. Esta mudança de atitude gera, segundo os alunos, uma otimização do atendimento, pois se passa a ter melhor compreensão das necessidades do paciente e de como se pode, verdadeiramente, contribuir para a melhora de sua qualidade de vida.

“Eu tenho uma abordagem com os pacientes do jeito que eu gostaria que tratassem meus familiares.” EE3

“Acho que é empatia, de se colocar no lugar do outro. O que cada um já trouxe da própria vida. Da capacidade que cada um tem de ouvir, de se interessar.” EM7

Outros entrevistados complementaram informando que é importante ter a atitude empática e não ser imparcial e insensível, porém, existe a necessidade de manter uma postura calma e equilibrada para servir de ponto de apoio para o paciente e seus familiares, que podem estar abalados. Relatam que o prestador de CP precisa ter controle de seus impulsos e sentimentos, habilidade que é bem lapidada na prática diária.

“Eu conseguia manter uma atitude não tanto emotiva nem imparcial. [...] Eu tentava ficar na frente do paciente, principalmente quando ele ou a família começava a chorar, eu tentava manter meu estado emocional tranquilo. Porque quando a família se desespera, quando as pessoas começam a chorar na nossa frente temos que manter uma certa serenidade”. EE6

“Então quando eles estão nesse sofrimento não é que a gente precisa esconder nossas emoções. Nós precisamos levar nossas emoções junto com as emoções deles sem influenciar nosso trabalho. Isso é umas das coisas que eu fui aprendendo com o passar das visitas”. EE8

Por fim, muitos entrevistados informaram que se sentiam tristes por vivenciarem as situações de sofrimento dos pacientes, mas que, mesmo assim, esta convivência gera aprendizados extracurriculares que são verdadeiras lições de vida. E que, assim, surge uma visão mais positiva da vida e a tentativa de um aproveitamento máximo de cada momento na convivência com pacientes que tinham expectativa de vida limitada.

“Temos que chegar aqui e aproveitar o momento mesmo. Porque você pode cair em uma situação que não vai ter mais a oportunidade de fazer isso. Então emocionalmente para mim também foi muito válido, foi muito positivo”. EE6

Formação em cuidados paliativos

Os entrevistados foram questionados sobre o tema formação em CP e informaram tanto sobre os aprendizados pessoais quanto os conteúdos fornecidos pela grade curricular dos cursos de medicina e de enfermagem. Todos foram categóricos em afirmar que a abordagem curricular dos CP é insuficiente, tanto em conteúdo quanto em instigar o acadêmico a procurar mais conhecimento sobre o assunto. O aluno que não se envolve com atividades extracurriculares relacionadas aos CP gradua-se sem estar preparado para dar suporte aos pacientes e familiares nestas situações.

“A grade curricular padrão não abordou em nenhum momento a questão dos CP”. EM2

“Eu acho que aquele aluno que não tem muito interesse nesse assunto sai com uma formação muito fraca no que se refere aos CP”. EE8

Por outro lado, estas atividades extracurriculares foram identificadas como grandes fornecedoras de ensinamentos, tanto no campo teórico, quanto no campo prático. Destas, o grande destaque foi dado à disciplina optativa de CP, que é oferecida para o curso de medicina e enfermagem. Os entrevistados a apontaram como fornecedora de ferramentas para que eles se aprofundassem mais no assunto, além de levar a uma mudança no conceito de CP que eles conheciam. Já o programa Bem Cuidar foi apontado como desenvolvedor de conhecimento prático justamente pelo contato direto com os pacientes, com a equipe, com o ambiente hospitalar, além das discussões realizadas nas reuniões. Alguns alunos informaram que esta dinâmica teórico/prática é fundamental para que se dê a formação em CP, sendo que uma não funciona bem sem a outra.

“Pensando-se na prática não resta dúvida da importância do programa Bem Cuidar, mas para teoria eu achei que a disciplina optativa é melhor. A optativa contribuiu demais para você pegar do básico mesmo e evoluir em um conhecimento. Eu acho que a optativa foi o que mais ajudou”. EM7

Quando questionados sobre o que deveria ser feito para enriquecer o conteúdo curricular de CP, a maioria informou que o assunto deveria ser abordado mais vezes dentro das disciplinas clínicas e psicossociais, desenvolvendo melhor o lado teórico. Complementaram sugerindo o desenvolvimento da filosofia paliativa durante as atividades práticas curriculares, como, por exemplo, nos internatos.

“Bom, eu acho que o curso devia oferecer com certeza uma matéria curricular que abordasse os CP em algumas aulas”. EM4

“Deveria ser teórico-prático. Pegar o aluno levar ao hospital e fazer uma visita e conversar com o paciente assim, para mostrar na prática como se faz”. EE6

Corroborando com isto, os alunos entrevistados relataram grande aprendizado advindo das visitas realizadas aos pacientes em CP. Aprendizado que, segundo eles, não pode ser transmitido por meio de aulas teóricas, mas que se desenvolve, paulatinamente, com a realização das atividades práticas. Atividades que permitem refinar os diversos tipos de habilidades que são necessárias para o profissional de saúde que atua com pacientes em situação tão delicada como a dos CP.

“Tem coisa que a gente só aprende com a prática, por exemplo, lidar com o paciente. Uma coisa é outra pessoa falando ou até eu mesmo falar e outra é você chegar ao hospital e o paciente estar ali precisando de você. É bem diferente na prática”. EE5

Em várias falas, os participantes descreveram esta situação como difícil, impactante, além de muito variável para cada paciente e familiar atendidos. Para muitos, as primeiras visitas foram as mais difíceis, gerando angústia em querer estar mais preparado para o momento. Porém, afirmam que é devido a isto que o aprendizado prático se torna enriquecedor. Lidar com essa diversidade de situações desafiadoras os faz criarem mecanismos próprios para trazerem conforto aos pacientes e seus familiares. Perdem a inibição, o medo, aprendem a escutar, a orientar e ensinar o que for preciso e, sobretudo, a apoiar o paciente e sua família, caracterizando um verdadeiro aprendizado de humanização do atendimento.

“Até que você acostuma, pega a prática e consegue quebrar o impacto de entrar em um quarto deste assim leva um tempinho”. EM2

“Cada atendimento, cada paciente, cada familiar é visto de uma forma diferente”. EE3

Relatam que aprendem a lidar com a pessoa como pessoa, e não como doença, mudando o foco do que é aprendido nas disciplinas curriculares da graduação, pautadas no modelo biomédico. Mudança

que se torna gratificante quando percebem que os pacientes estão satisfeitos em ter alguém que se importa e que presta atenção neles. Os alunos demonstram satisfação com essa oportunidade de aprender a olhar o ser humano como uma estrutura maior do que o aspecto puramente biológico. A escuta atenciosa do paciente e da família é a principal ferramenta para realizar esta mudança de olhar e para desenvolver as estratégias de atuação.

“Complementa o que eu aprendo na faculdade, voltando-me para um caráter mais humano, pensando na pessoa como pessoa mesmo, sem ser doença, sem ser leito, sem ser quarto [...] aprender a olhar a pessoa como uma estrutura maior, não só o lado biológico”. EM2

Os entrevistados afirmam que esta formação humanística os torna melhores profissionais, além de proporcionar aprendizados que vão além do âmbito do trabalho. Referem que lidar com pacientes em final de vida proporciona uma oportunidade de reflexão sobre a valorização da vida, de seus momentos e de seus relacionamentos interpessoais como um todo.

“Devido às doenças que atendemos vamos valorizando a nossa vida”. EE3

“Esses pacientes nos ensinam. Fico pensando se eu seria tão forte como eles são se isso acontecesse comigo”. EM2

A satisfação com todas estas lições é enfatizada em várias falas. A satisfação é relacionada à oportunidade de estar ajudando e fazendo o bem para outras pessoas. Muitos alunos relataram que, após as visitas ao hospital, vão para casa mais felizes, gratificados e com mais ânimo para continuar seguindo com os seus atendimentos.

“Quando eu vou para o hospital o que eu pretendo fazer é ajudar os pacientes e seus familiares. E quando eu saio do hospital me sinto com o dia feito. De ter orientado, ensinado, ter feito uma boa ação para os familiares e para os pacientes”. EE3

“Eu estou aprendendo a lidar com pessoas que estão no final da vida. E é bem complicado a gente auxiliar nesse momento difícil. Mas quando você vê que tem uma resposta do paciente e do acompanhante, dá uma gratificação, a gente tem um ânimo a mais para ir ao hospital”. EE5

Por fim, os entrevistados condensaram todas essas informações em falas que demonstram a necessidade de uma reforma curricular que dê mais espaço para os CP em suas formações. Sugerem mais desenvolvimento teórico sobre o tema, porém sem deixar de lado uma abordagem prática transversal nas diversas disciplinas curriculares que são realizadas durante a graduação.

“Eu acredito, sem a menor dúvida, que podiam colocar essa matéria com algumas aulas para fazer as pessoas atinarem mais para essa área”. EM4

Trabalho em equipe multidisciplinar

Os alunos, em geral, conceituaram a multidisciplinaridade como uma ajuda mútua para o bem-estar do paciente. Concluíram que atender em equipe facilita a abordagem do paciente e da família e possibilita uma maior capacidade de oferecer conforto. Informaram que as orientações à família e ao paciente tornam-se mais adequadas, pois sempre existe uma segunda pessoa para corrigir uma informação divergente, para complementar com outras falas relevantes, fazer outras perguntas que seriam importantes ou direcionar para outro foco de interesse. Isto, segundo eles, corrige falhas no atendimento.

“A pessoa pode lembrar algo que você esqueceu, algo que seria importante perguntar. Tendo mais uma pessoa acho que deixa menos falhas na questão do atendimento ao paciente e a família”. EE8

Muitos entrevistados citaram como importante a diferença de abordagem que existe entre o curso de medicina e o de enfermagem. Os alunos deixam explícito que estas diferenças atuam de forma complementar para o melhor atendimento. Além disso, destaca-se grande troca de conhecimentos e experiência que advêm deste convívio de pessoas com diferentes visões, tanto por serem de cursos diferentes quanto por estarem em períodos diferentes da graduação.

“Ajuda porque eu tenho o olhar de enfermeiro e você tem o olhar de médico então é uma forma diferenciada de atender os pacientes”. EE3

“Eu não sei uma coisa e ela sabe, não tem porque eu não perguntar para ela. Ela pode muito bem me falar, do mesmo jeito que eu posso ensiná-la alguma coisa”. EE5

Discussão

O conceito de saúde torna-se completo apenas quando tem seu sentido ampliado para além da questão biológica e abrange toda a esfera biopsicossocial e espiritual à qual o indivíduo se insere e se define. Essa complexidade deve ser sempre considerada quando se presta atendimento em saúde, seja este curativo ou paliativo. Devido a esta importância, surge a atual tendência de transformação das linhas curriculares formadoras de profissionais da saúde com a inserção de nuances de humanização. Transformação que se reflete na busca pela ampliação do ensino em CP, sendo um passo importante a recente regulamentação da Medicina Paliativa^{7,12}. Desta forma, observa-se a necessidade de formação de um profissional capaz de lidar com a subjetividade. Esta mudança, porém, mostra-se como grande desafio: Como ensinar, nas salas de aula, a melhor maneira de fornecer palavras de conforto? A ter compreensão das verdadeiras necessidades dos pacientes? A praticar a empatia?

Apesar da universalidade desta nova conceituação de saúde, as falas dos entrevistados evidenciam que, quando se trata da esfera dos CP, ela torna-se ainda mais nítida. Ao falarem das dificuldades, dos aprendizados e das recompensas do atendimento aos pacientes em final de vida, os alunos expressam a grande importância da visão humanizada. O lidar com estes pacientes mostrou o que é preciso para exercer o paliativismo, transpondo-se para suas práticas em saúde no geral, ao mesmo tempo em que demonstra as falhas teóricas em suas formações. Corroborando com outros estudos, os dados apontam a incipiência de conteúdo específico sobre CP nos currículos da graduação, levando à falta de preparo para lidar com situações de final de vida^{10,13,14}.

As críticas apresentadas ao currículo formador, quanto a sua deficiência em conteúdos sobre o tema do paliativismo, indicam que o desafio citado acima ainda não foi superado. O ensino dos CP no Brasil ainda engatinha por meio de iniciativas exitosas, porém pontuais, quando se pensa no grande número de pessoas que morrem sem esses cuidados¹². A grande dificuldade é lidar com o que não se pode tornar técnico – lidar com a subjetividade do ser. Porém, os próprios alunos acreditam que essa reformulação curricular é possível. Os entrevistados perceberam, em disciplina optativa sobre os CP, que o assunto é amplo e não cabe nas raras e rasas aulas fornecidas pela grade curricular. Estas têm de ser mais completas e em maior número, apresentadas de forma longitudinal durante todo o processo de formação, criando a noção de que a cura e o paliativismo andam lado a lado. Cria-se, assim, a motivação dos alunos para essa problemática, que gera significados profundos na formação e atuação profissional¹⁴.

Torna-se nítido que as atividades práticas com o paciente em CP são um verdadeiro laboratório de criação de saberes individuais e compartilhados. Sem estas atividades não se consegue alcançar a formação consistente destes alunos para o paliativismo¹⁵. Isto se torna óbvio quando se percebe que a formação em qualquer outra área da saúde baseia-se em uma abordagem teórico-prática.

Com os CP não seria diferente. Quando o aluno se posiciona na situação de fornecedor de conforto ao paciente em final de vida, ele é forçado a transitar por um complexo de impressões, sentimentos e transferências impossíveis de serem simuladas em sala de aula. É justamente do processo de aprender a lidar com esta complexidade que o aluno extrai o aprendizado que completa sua formação teórica. Essa vivência permite o exercício de atitudes como compaixão, respeito, diálogo, e práticas terapêuticas como o controle da dor¹⁰.

Neste momento de lidar com a prática, destaca-se aspecto de importância deste estudo: a grande diversidade de atitudes encontradas entre os alunos. Suas falas indicam que cada um passa por um processo único de procura pelo seu próprio caminho para o melhor atendimento. Este processo é resultado da interação de vários fatores como: educação familiar, formação pessoal, grau de sensibilização, conhecimentos sobre os CP; e, apesar de ser heterogêneo, culmina, de certa forma, no mesmo nível de humanização e de comunicação, que são habilidades consideradas pilares dos CP¹³. Na prática, a subjetividade do cuidador e a do paciente se tocam e geram respostas pessoais à situação de final de vida.

As falas antagônicas de empatia e frieza no atendimento acabam por se complementarem em um ciclo de transformação e aprendizado. O aluno, em um momento, se aproxima do paciente e compartilha sua dor e, em outro, se afasta emocionalmente para conseguir continuar prestando o cuidado sem afetar negativamente seu aspecto emocional. Após este período de descanso, retorna com a empatia, iniciando novo ciclo. Apesar de este processo ser generalizado entre os entrevistados, deve-se ter em mente que este não ocorre de maneira idêntica em todos, devendo-se considerar, neste ponto, os aspectos da individualidade. O tempo em que ocorre cada fase, o grau de empatia, o nível do distanciamento emocional e o processo de aprendizado são diferentes para cada aluno.

O resultado desta experimentação de relações é o amadurecimento do profissional, que passa a encontrar as atitudes adequadas para cada momento do atendimento a pacientes em final de vida. Alguns dos alunos entrevistados já se encontravam nesta fase e tinham a noção de que os pacientes e familiares precisam de um profissional que mantenha o controle emocional necessário para conseguir fornecer apoio, mas que, ao mesmo tempo, seja empático com a suas situações de final de vida. O que exige do profissional a capacidade de compreensão, enfrentamento e tolerância¹⁰. Os que não estavam nessa fase, ainda encontravam-se à procura da melhor maneira de lidar com esses pacientes, o que apenas reflete a pluralidade de respostas a este processo.

Outra noção que se desenvolve neste caminho é a de que a ajuda do colega profissional tende a contribuir sobremaneira com a qualidade do atendimento, e de que o convívio com o outro aluno gera um aprendizado em parceria. Aqui, as diferenças nas abordagens acabam por ter papel de complementação, uma suprimindo a falha da outra. Os alunos, então, passam a perceber o valor da multidisciplinaridade, mesmo que ainda não saibam definir quais são as sutilezas das abordagens por cada profissão. Nesse momento, as capacidades que cada um desenvolveu valem mais do que os conhecimentos específicos de cada curso para a busca do atendimento amplo em CP. O trabalho em equipe multiprofissional deve ser estimulado com o compartilhamento de responsabilidades, escuta ativa entre membros, e de tomada de decisão em conjunto¹³.

Por fim, percebe-se que o caminho traçado, pelo aluno, para vencer os desafios impostos pelo paliativismo gera conhecimentos que podem ser transpostos do âmbito profissional para o pessoal. Este processo de formação os transforma em seres humanos melhores, capazes de desenvolver, em seus relacionamentos, espaços de acolhimento e expressão de sentimentos, como dor e sofrimento¹⁰. A aproximação com a morte cria uma relativização do tempo, valorizando sua passagem e, conseqüentemente, valorizando o uso que se dá a ele. Cada segundo com o paciente em fase final de vida deve ser utilizado em prol do seu conforto e, quando se consegue isto, o sentimento onipresente é o de gratificação por se estar gastando os próprios segundos de vida praticando o bem.

Conclusões

A experiência dos alunos com os CP os fizeram perceber os vários aspectos de atuação dessa especialidade e a sua implicação no conceito de saúde ampliado, que se completa com o processo de morrer com dignidade e com o mínimo de dor, seja ela de qual tipo for. O desenvolvimento das habilidades necessárias para se prestar esse tipo de cuidado só foi possível no decorrer das atividades práticas, momento em que também foi percebida a importância da multidisciplinaridade na atuação em paliativismo.

Durante essa fase, iniciou-se um ciclo de empatia e distanciamento que possibilita o desenvolvimento, por parte dos alunos, de um equilíbrio emocional necessário para o atendimento em CP. Durante esse processo, ocorrem reações de autoidentificação ou identificação familiar com as situações em que se encontram os pacientes, que têm potencial de gerar sofrimento no aluno, que, por sua vez, se resolve depois de atingido o equilíbrio supracitado. A falta de disciplinas teóricas curriculares gera dificuldades no aprendizado em CP. A criação de disciplina optativa é uma opção para suplantar essa defasagem, mas não consegue abranger e gerar interesse sobre o tema para todos os graduandos.

Deve-se estimular, cada vez mais, o ensino teórico e prático dos CP nas grades curriculares dos cursos de graduação da área da saúde, e incentivar pesquisas que visem o aprimoramento desta formação. Somente assim, conseguiremos garantir, aos pacientes em final de vida e a seus familiares, que o processo de morrer ocorra com todo o conforto e dignidade a que eles têm direito.

Colaboradores

Álvaro Percínio Costa participou da concepção e desenho do estudo, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, produção e revisão do texto final; Kátia Poles participou da concepção e desenho do estudo, análise e interpretação dos dados, produção e revisão do texto final; Alexandre Ernesto Silva participou da concepção do estudo e revisão do texto final.

Referências

1. Pessini L. A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. *Mundo Saude*. 2003; 27(1):15-34.
2. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2009.
3. Boemer MR. Sobre cuidados paliativos. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(3):500-1.
4. Cuidados Paliativos [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer; 1996-2015 [acesso 2015 Jul 29]. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474
5. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos [Internet]. São Paulo: Associação Brasileira de Cuidados Paliativos; 2011-15 [acesso 2015 Jul 29]. Disponível em: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/site/inicio.php>
6. Pessini L, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola; 2004.

7. Resolução CFM nº 1.973/2011. Dispõe sobre a nova redação do Anexo II da Resolução CFM nº 1.845/08, que celebra o convênio de reconhecimento de especialidades médicas firmado entre o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Diário Oficial da União. 1 Ago 2011. Seção I:144-7.
8. Figueiredo MT. Educação em cuidados paliativos: uma experiência brasileira. Mundo Saude. 2003; 27(1):165-70.
9. Pinheiro TRSP. Avaliação do grau de conhecimento sobre cuidados paliativos e dor dos estudantes de medicina do quinto e sexto anos. Mundo Saude. 2010; 34(3):320-6.
10. Duarte AC, Almeida DV, Popim RC. A morte no cotidiano da graduação: um olhar do aluno de medicina. Interface (Botucatu). 2015; 19(55):1207-19.
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006.
12. Oliveira JR, Ferreira AC, Rezende NA. Ensino de bioética e cuidados paliativos nas escolas médicas do Brasil. Rev Bras Educ Med. 2013; 37(2):285-90.
13. Fonseca A, Geovanini F. Cuidados paliativos na formação do profissional da área de saúde. Rev Bras Educ Med. 2013; 37(1):120-5.
14. Toledo AP, Priolli DG. Cuidados no fim da vida: o ensino médico no Brasil. Rev Bras Educ Med. 2012; 36(1):109-17.
15. Feuz C, Rosewall T, Willis S. Radiation therapy students knowledge, attitudes, and beliefs about palliative and end-of-life care for cancer patients. J Med Imag Rad Sci. 2015; 46(3):271-9.

Costa AP, Poles K, Silva AE. Formación en cuidados paliativos: la experiencia de los estudiantes de medicina y enfermería. Interface (Botucatu). 2016; 20(59):1041-52.

En el presente trabajo se destaca la importancia de la formación de profesionales capaces de manejar la subjetividad que es necesaria a los cuidados paliativos. Ese es un estudio cualitativo dirigido a comprender la experiencia de estudiantes de medicina y enfermería durante la atención a pacientes en cuidados paliativos, sus dificultades y aspectos formadores. Se identifican cinco aspectos que componen esa experiencia: cambio en la percepción de los cuidados paliativos, identificación con el paciente y la familia, proceso de racionalización y sensibilización, formación en cuidados paliativos y aprendizaje con la práctica y trabajo en equipos multidisciplinares. El estudio demuestra la importancia de las actividades prácticas de aprendizaje, la valoración del trabajo multidisciplinario, el sufrimiento mediante el proceso de identificación con el paciente al final de la vida y el ciclo de la empatía y alejamiento que resulta en la madurez emocional que es necesaria a los cuidados paliativos.

Palabras clave: Educación. Educación médica. Educación en enfermería. Cuidados paliativos. Actitud frente a la muerte.

Submetido em 23/10/15. Aprovado em 05/01/16.

Oficinas e jogos eletrônicos:

produção de saúde mental?

Carlos Baum^(a)
Cleci Maraschin^(b)

Introdução

O estudo que apresentamos a seguir buscou acompanhar a experiência de jogadores em oficinas realizadas no Centro Integrado de Atendimento Psicossocial (CIAPS) do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) em Porto Alegre, Brasil. O CIAPS do HPSP tem como principal objetivo prestar atendimento em saúde mental a crianças e adolescentes, dentro dos princípios do SUS e de acordo com o ECA. Para tal, procura desenvolver formas de avaliação e atendimento integral à criança e ao adolescente, de ambos os sexos, incluindo, também, seus familiares e estabelecendo rede com os demais serviços da comunidade. As estratégias de intervenção visam desenvolver propostas com abordagens diversificadas, tais como: atendimentos individuais, diferentes modalidades de grupos e oficinas. A intensidade destes atendimentos se dá de acordo com a gravidade das situações avaliadas, que pode variar entre: internação, tratamento intensivo (hospital-dia ou turno), semi-intensivo e ambulatorial.

A partir da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira em 2001, produziu-se a necessidade de reinvenção dos dispositivos de intervenção em serviços de saúde mental. As oficinas terapêuticas, presentes nos aparelhos de assistência à loucura desde há muito tempo, passaram por uma série de reformulações que têm lhes permitido deslocarem-se de um lugar de entretenimento e ocupação do tempo ocioso para um espaço de expressão e de criação. Nos anos transcorridos desde a implementação da reforma, observa-se que as leis são, sem dúvida, imprescindíveis, mas os serviços e seus trabalhadores necessitam criar, inventar e avaliar outras modalidades de práticas. É na perspectiva de produzir uma interface entre os serviços e a pesquisa acadêmica que o presente artigo discute a experiência de crianças e adolescentes que participaram de oficinas tecnológicas em um serviço de saúde mental, focando o uso de videogames. Nosso intuito foi o de explorar os videogames como ferramentas para intervenção no campo da saúde mental. As análises de extratos de diários de campo das oficinas de jogos possibilitaram apontar que a experiência de jogar pode oferecer novas condições para a experimentação de si, possibilitando a instituição de uma função normativa, capaz de produzir outras normas de vida e de relação. Os videogames constituem, assim, espaços

^(a,b) Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Rua Ramiro Barcelos, 2600, Bairro Santa Cecília. Porto Alegre, RS, Brasil. baum.psic@gmail.com; cleci.maraschin@gmail.com

participativos e de experimentação de si, pois convidam os jogadores a habitarem novos contextos de experiência e, portanto, se apresentam como um interessante recurso no campo da saúde mental.

O ponto de partida para a proposição da experiência foi a reiterada demanda dos participantes jovens das oficinas em relação aos videogames¹. Essa demanda causava desconforto nos oficinairos e na equipe técnica dos serviços, sobretudo, por uma série de pressupostos em relação aos jogos e videogames. Entre eles, podemos citar a ideia de que os videogames tenderiam ao automatismo, bloqueando o pensamento. Tal suposição acusa os videogames, reconhecidos por sua interatividade, de induzirem seus usuários a uma total passividade. Para Newman², essa crítica não se relaciona diretamente ao conteúdo específico dos jogos, mas, com o tempo que o videogame ocupa sem trazer benefícios aparentes. Outra crítica comum é a de que o uso dos videogames estabeleceria certos padrões de conduta extensíveis à vida fora da tela (sobretudo, a incitação à violência) ou que poderiam levar à adição.

O videogame, entretanto, está se transformando em uma crescente área de interesse e pesquisa devido à importância que os mesmos têm assumido na cultura e na indústria do entretenimento, e pelas problematizações que trazem nos campos das novas alfabetizações, da sociabilidade e da educação.

Nessa área nascente, um importante campo de estudos, chamado "Aprendizado Baseado em Jogos Digitais", procura integrar os objetivos e tecnologias tradicionais da escola com essas novas tecnologias, e desenvolve a relação entre videogames e a aprendizagem de conteúdos e de atitudes. Tais estudos buscam evidências de que o uso de videogames possa trazer ganhos ao ensino e à aprendizagem.

Entretanto, a vinculação exclusiva dos videogames à educação formal tem sido questionada por aqueles que defendem uma visão mais abrangente do tema. Com esse propósito, existe a busca de ampliação da concepção de videogames, considerando-os como uma modalidade de arte, tal como a literatura, e que estariam se transformando em 'equipamentos para viver'³. Eric Zimmerman, por exemplo, propõe estender o conceito de aprendizagem para além de sua significação escolar, ao traçar um paralelo entre games e o campo das artes para abarcar outras dimensões da vida. Pensar os games como objeto de arte é tomá-los como um mundo de experimentação, no qual as regras estão embutidas nas relações entre os objetos e só podem ser apreendidas por meio de experiências dinâmicas nas quais existem muitas possibilidades de caminhos, de soluções e de expressões^{4,5}. Com isso, os videogames colocam sujeitos em interação com sistemas complexos, nos quais os problemas propostos se configuram por uma série de variáveis concorrentes, podendo ter vários modos de solução. Cada estado inicial e conjunto de regras define qual jogo será jogado, mas não define o desenrolar do jogo, pois é a ação do jogador, ou dos jogadores, que dá forma a cada partida. Poderíamos compreender esses sistemas complexos como domínios cognitivos⁶ que delimitam o conjunto de ações possíveis e as operações de distinção pertinentes, ou seja, que elementos devem ou não serem levados em consideração e como agir entre eles. Para Maturana⁶, cada domínio cognitivo dispõe de um conjunto de ações ou afirmações que são válidas de acordo com a coerência interna que estabelecem, e, com isso, explicam e geram o que lhe são próprios. A experiência de jogar, por tanto, só pode ser explicada se levarmos em conta os elementos que constituem e modulam esse domínio.

Nesses espaços, diferentes grupos criam outros modos de participação, cooperação e/ou competição, que vão, gradualmente, estabilizando as distinções pertinentes e hierarquizando as ações disponíveis, criando uma "leitura" específica do jogo por meio do compartilhamento de experiências. Os videogames podem, com isso, ser agenciadores de experiências num plano comum de ação, onde operam como dispositivos com a capacidade de agregação ao produzirem compartilhamento.

Inspirados pelas proposições que tomam os videogames como objetos culturais e que os tratam com sistemas complexos, produzindo espaços de experimentação de si, buscamos pensar os jogos eletrônicos como dispositivos de saúde. Por experiência de si nos games, nos aliamos com Passos e Kastrup⁷ ao referirem a uma espécie de autopercepção, de consciência perceptiva, que não deve ser confundida com uma consciência reflexiva ou justificativa. A experiência de si é uma percepção a um plano de virtualidade de si, e não uma atenção ao que está dado, ao que já se sabe de si como identidade ou como self, mas a problematizações das formas de ser. Não estamos, portanto, nos

referindo a um ego, um eu, mas algo no sujeito, “menor” que as identidades da psicologia clássica, mas que o conecta com o coletivo.

Cabe ressaltar que esse conceito não se relaciona com o de autoestima. A autoestima é uma definição psicológica relacionada à forma como o sujeito julga a si mesmo e a opinião que tem sobre si mesmo. Quando trabalhamos orientados pelo conceito de autoestima, procuramos reforçar as características identitárias, uma camada externa do self. O que está em jogo, na experiência de si, não é o autoconceito, mas a autopercepção, de uma consciência perceptiva. Não é como o sujeito julga a si mesmo, mas como ele se percebe. Não se trata de reforçar traços identitários, mas potencializar a virtualidade. Permitir que o sujeito perceba coisas que, em si, não era capaz de perceber, e que, paradoxalmente, estão aquém e além do indivíduo, dentro e fora do sujeito simultaneamente, um plano que é de conexão entre os atores envolvidos, um plano da experiência.

No plano da experiência, as percepções e afecções são da ordem daquilo que pode surpreender, fazer estranhar a si mesmo, fazer questão, sejam elas ideias e/ou emoções. A experiência de si acarreta efeitos na relação consigo, abrindo, assim, espaços de conexão aos coletivos por meio da desconstrução de crostas identitárias.

O que ora apresentamos são algumas análises da interação de crianças e adolescentes com os videogames no transcurso das oficinas promovidas no CIAPS.

Oficina com games em um serviço de saúde mental

Como anteriormente referido, as oficinas se tornaram um espaço terapêutico de destaque a partir da reforma psiquiátrica, por pressuporem uma posição ativa dos participantes. A justificativa para seu uso é a de que as oficinas terapêuticas permitem que o paciente psiquiátrico acesse atividades laborais, artísticas ou comunicativas com o intuito de uma reinserção social⁸.

Produzindo um deslocamento dessa proposição, optamos pelo uso de oficinas como uma intervenção que coloca, em primeiro plano, um fazer compartilhado, que desestabiliza a relação tradicional entre saber e fazer, uma vez que o conhecimento técnico – das disciplinas vinculadas à saúde – pode ser colocado entre parênteses, no que se refere às ações desempenhadas na oficina. O que está em evidência é o fazer em conjunto. Toda a oficina é centrada no compartilhar, na ideia de um espaço em comum que permite o encontro dos participantes com um modo de organização específico⁹. Simultaneamente, tomamos a oficina como dispositivo de pesquisa, uma vez que ela nos permite acompanhar uma processualidade que ocorre a partir de uma determinada configuração de elementos que atuam ao mesmo tempo, não nos limitando apenas ao produto final. No desdobramento das atividades da oficina, existe uma disposição de materialidades, ideias e sentimentos que podem ser percebidos, propostos e retomados a cada encontro. Os encontros não se definem unicamente pelas características dos objetos materiais que guiam o fazer de cada oficina – no caso, os videogames –, mas, também, o modo como estão disponibilizados e a maneira como os participantes se dispõem à ação constituem um domínio que se delinea a cada momento.

Esse fazer-em-comum permite o estabelecimento e a configuração de conexões entre os participantes no decorrer de uma oficina, reconfigurando, também, as relações consigo mesmo. Não se trata, mais uma vez, de uma transformação identitária, no sentido de confirmar algo que já era sabido, essas novas conexões operam ampliando o espaço de experimentação de si e do mundo. Quando algum participante está jogando, ele, simultaneamente, interage com o mundo do jogo e experimenta a si mesmo habitando esse mundo. Experimentando o fluxo de informação que vem do videogame, seja o som ou as imagens - ao mesmo tempo, percebe-se imerso nele. A atenção circula entre o videogame e uma atenção a si. Ao mesmo tempo em que se concentra no processo de jogar, ele se percebe no processo de criação, de jogo¹⁰.

Retomando a questão do estudo, as idades dos participantes variaram entre sete e 17 anos. As oficinas tiveram periodicidade semanal, com duração média de uma hora e trinta minutos. Cada grupo era composto por cinco participantes, que correspondia ao número de computadores disponíveis no laboratório. As oficinas foram acompanhadas por dois ou trêsicineiros, sendo que, pelo menos, um deles era um técnico do serviço e os outros participantes do projeto de pesquisa. A

oficina era estruturada em três momentos: no primeiro deles, havia uma conversa sobre a proposta do dia (dar continuidade a um trabalho anterior; criar uma nova produção; trabalhar em grupo ou individualmente). O segundo momento consistia na realização da oficina, e, finalmente, o momento final, de compartilhamento, no qual os participantes relatavam ao grupo o trabalho desenvolvido. Nas oficinas era possível evidenciar que, apesar da vibração das crianças e adolescentes, a imersão em uma experiência planejada¹¹ significa, em um primeiro momento, criar acoplamentos com o mesmo. A imersão, como a definimos¹²: a efetivação de um acoplamento estrutura, é resultante de uma operação na qual as ações encontram congruência e sentido nos mundos onde se efetivam. Para Maturana⁶, ao invés de representarem um mundo independente da ação, os sistemas cognitivos configuram mundos como domínios de distinções, inseparáveis das estruturas de nossa corporeidade sensório-motora, de nossas emoções, linguagem e instituições. Desta forma, possuímos tantos espaços imersivos quantos acoplamentos estruturais possamos realizar.

Jogar implica coordenar ações e compartilhar sentidos com o jogo e com os demais participantes do mesmo, seja para vencer ou para construir alternativas de existência nesse mundo. O processo de acoplamento demanda treino e afinação, o que faz que os iniciantes, por vezes, explorem muitos jogos antes da imersão tornar-se efetiva.

Essa exploração, que pode ser interpretada como dificuldade de concentração ou baixa resistência à frustração – modos de avaliação recorrentes quando se trata de usuários de saúde mental –, configura-se como uma experimentação necessária à produção de congruências operacionais e sintonias. Quando se estabelecem coordenações, mesmo que de modo ainda restritivo, existe imersão e a necessidade de mudar de jogo tende a diminuir. Assim, à medida que a coordenação de ação entre jogador e jogo se produz, o jogador experimenta a imersão.

As coordenações foram se estabelecendo de modo gradual, o que permitiu ampliar as pautas interativas com o jogo, como no caso de Ivo (oito anos), que foi se apropriando dos comandos no contexto de um jogo de corrida. Controlava a aceleração, mas foi somente quando coordenou a aceleração com os comandos de direção que conseguiu manter o carro na pista. Ao coordenar aceleração e direção, pode realizar uma experiência de corrida em um contexto programado, no qual o jogador vai produzindo escolhas e influenciando os resultados no próprio desenrolar da atividade. Guilherme (dez anos), após explorar alguns jogos, escolhe um game de luta com personagens de um desenho infantil. De início, o oficinheiro indica para que escolha o nível mais fácil. Tarda para entender as táticas do jogo, mas logo que domina os comandos, passa a jogar e a vencer. Guilherme decide continuar jogando, escolhendo o nível mais difícil. Nessa condição, demora mais para vencer, perdendo um round da luta. Logo após sua primeira vitória, muda de jogo. Encontra outro jogo de luta com personagens de outro desenho animado. Fica bastante tempo nesse jogo. O exemplo de Guilherme pode ser interessante para evidenciar que, nem sempre, a desistência de um jogo se dá por dificuldades de vencê-lo. Ao cotejarmos os dois jogos, percebe-se que a maior permanência no segundo pode estar associada às características mesmo: nesse último, há a opção de escolha dos personagens (quatro possíveis e mais dois secretos); de descoberta de golpes especiais durante a luta, como, também, a qualidade gráfica é muito melhor que a do primeiro jogo. Desta forma, podemos constatar que a imersão é uma via de mão dupla, depende da aprendizagem do jogador mas, também, das características do jogo. Existem jogos mais propícios que outros para produzir acoplamento e imersão. Conforme Gee⁷, bons videogames são aqueles em que (1) os jogadores podem ser também autores do jogo; (2) comportam diferentes estilos de jogabilidade; (3) oferecem personagens com habilidades e modos de conduta diferenciados; (4) disponibilizam objetos e espaços virtuais capazes de dar congruência a um mundo; (5) oferecem uma boa seriação dos problemas; (6) oferecem dicas de ajuda na medida da necessidade do jogador; (7) possibilitam um crescimento no desempenho do jogo; (8) propiciam fácil acesso à informação quando os jogadores a necessitam; (9) contêm demonstrações ou tutoriais iniciais; (10) comportam espaços protegidos, nos quais há uma suspensão dos desafios do jogo, podendo o jogador dedicar-se a outras explorações, e (11) consideram as habilidades como estratégias.

Dificilmente, todas as características acima mencionadas estão todas presentes em um mesmo jogo. Entretanto, alguns jogos muito simples, que possibilitam um rápido domínio, podem propiciar outras experimentações. Tal é o caso de Douglas. Segue o extrato do diário do oficinheiro:

“Douglas encontra na internet o jogo Rally no deserto. Um jogo simples. O único comando é movimentar o carro. O jogo é em 2D, não havendo curvas nem paradas onde se faça necessário modificar a velocidade ou direção. O menino começava o jogo, acelerava, e ficava observando o carro passando por diversas paisagens no deserto. O jogo tornava-se mais dinâmico quando o tempo ia passando e o céu escurecendo, dando a impressão de que a noite chegava. Pela estrutura do jogo não era possível saber seu objetivo ou finalidade. Havia um cronômetro no canto da tela, mas como não havia indícios de que existia um final para o trajeto, parecia não haver sentido para a contagem do tempo. O menino jogou durante todo o tempo da oficina, segurando somente um botão e observando o carro andar. Muitas vezes ele nem se preocupava em conferir o andamento do jogo: ficava observando os outros colegas, conversava com outros participantes, sempre segurando o mesmo botão. Parecia que mudança de luminosidade da tela lhe era uma narrativa suficiente de acoplamento ao jogo, ao ajudar produzir a noite e o dia”. (diário de campo de Daniel, Junho/2010)

A experiência de Douglas possibilita pensar que não existe um bom jogador ou um bom jogo a priori. Mas, sim, bons encontros na experiência. Imaginar-se no controle do tempo, a partir do movimento de um carro, pode ter efeitos importantes para alguém que poucas vezes é tido como capaz de controlar-se.

Os jogos, inseridos no contexto de uma oficina, podem produzir o compartilhamento da experiência. Um jogo bastante procurado por meninas (e alguns meninos) é o de vestir bonecos com várias opções de vestimentas, cabelo, cor dos olhos. Com dinâmica parecida há os de mobiliar um quarto, decorar a casa. Geralmente, as crianças que jogam estes jogos conversam durante a ‘partida’, gostam de mostrar os resultados aos colegas, riem das combinações bizarras ou querem salvar as imagens quando julgam que suas criações ficaram interessantes.

Existem jogos a partir dos quais é possível produzir mais conversas e compartilhamentos. Em uma oficina, jogos que propiciam a expressão e a comunicação são importantes. Compartilhar experiências faz com que as mesmas se transformem em narrativas de si, onde esse “si” não representa mais uma experiência isolada, individual, mas uma posição narrativa que pode ser ocupada por outro sujeito. Podemos pensar em uma passagem do pessoal ao impessoal, no sentido de que “minha história poderia ter sido também a sua”. O extrato abaixo evidencia como o fato de estar jogando acompanhado produz compartilhamento e permite atualizar e partilhar uma experiência anterior. Os jogos jogados no contexto de uma oficina podem possibilitar a retomada de experiências na ação fora de um contexto disciplinar ou moral:

“Gabriel (14 anos) explorava um jogo no qual dirigia uma moto. Conhecia ‘as manhas’ do jogo, as formas para ultrapassar os obstáculos. Cada nova etapa trazia novos desafios para o ‘motoqueiro’. Comento com Gabriel: ‘cara, tu sabe jogar isso!’; Ele sorri e diz: ‘Eu tive uma moto’; e depois de alguns segundos diz: ‘mas fumei todinha’; ‘peguei pouca grana, mas deu pra comprar muita pedra’. Gabriel, na sequência, narra essa experiência para o grupo”. (diário de campo de Debora, agosto/2010)

Vemos que muitos jogos propiciam retomar habilidades construídas em outras experiências, mas, acima de tudo, conversar, compartilhar vivências anteriores. Esse modo narrativo possibilita uma retomada de si e do mundo, ao endereçar o narrador a outra experiência: a de contar sobre a venda de sua moto, tornando-se, nesse ato, um narrador.

Os extratos até aqui relatados mostram jogos de ação e construção. Mas como pensar os jogos em primeira pessoa? Considerados os mais violentos à disposição nos videogames. Um tipo de jogo bastante procurado pelas crianças é o jogo de tiro em primeira pessoa. Alguns pedem por Counter-Strike, mas, devido às deficiências técnicas dos computadores, o máximo que conseguiram encontrar foram cópias em flash.

“A dinâmica do jogo é mais ou menos a seguinte: a tela vai passando por diversos locais onde aparecem inimigos que devem ser abatidos. Os únicos comandos controlados efetivamente por eles são a mira (movimentos do mouse) e o disparo (clique do mouse). Quando matam todos os inimigos de determinado local, passam para um nível mais difícil. Alguns desses jogos oferecem ferramentas adicionais, como armas melhores, coletes a prova de bala, mais vida”. (diário de campo de Daniel, setembro/2010)

Jogos desse tipo são os que trazem mais desassossego e desconforto aos técnicos do serviço, uma vez que brincam com a morte, colocando os jogadores como seus protagonistas. É interessante pensar que, como em qualquer outro jogo, existe mais ou menos condição de inserir essa experiência em um contexto ampliado, passível de compartilhamento. Para Squire¹¹, o jogo GTA San Andreas, tido como muito violento para um observador externo, pode ser considerado como uma simulação social. Nele, o próprio jogo coloca o jogador na experiência de vida de um jovem negro na periferia de Los Angeles nos anos 1990. Considerando o contexto, as ações ficam a ele referidas e podemos compartilhar as dificuldades e brechas desse tipo de vida. Mesmo um jogo tido como “inocente”, tal como o de vestir uma boneca virtual, pode também ser objeto de várias contextualizações, como o de estimular certos padrões de consumo ou produzir estratificações de gênero. Assim, nenhum jogo está isento de uma posição narrativa e, portanto, com implicações éticas e políticas. Em nosso caso, as próprias oficinas possibilitam o contexto crítico ampliado para os jogos.

Jogos como dispositivos de fazer saúde

Os extratos anteriormente analisados permitem estabelecer algumas diretrizes para a continuidade dos estudos que buscam analisar se videogames constituem dispositivo de trabalho na saúde mental de crianças e adolescentes. Podemos propor que (1) o adoecimento pode ser pensado, tal como propõe Canguilhem¹³, como a perda de capacidade normativa, “a capacidade de instituir outras normas em outras condições” (p. 119); e (2) a experiência de jogar pode modificar essa capacidade, ofertando novas condições, então, os videogames, por suas características, poderiam constituir uma experimentação de si, ao instituírem uma função normativa.

Maturana⁵ nos ajuda a compreender a proposição de Canguilhem ao construir uma definição de identidade para os seres vivos não mais a partir de características morfológicas mas de sua organização autopoietica. Para os autores, a autopoiese é a capacidade que cada unidade orgânica possui para produzir seus próprios componentes e a reordenar esses componentes numa nova organização, quando sofre perturbações. Nesse sentido, a autopoiese é a capacidade de produzir e reagir de todo ser vivo. O que caracteriza um ser vivo não são os seus componentes em particular nem a soma deles, mas a forma própria de organizá-los devido à sua capacidade autopoietica. O ser vivo morre, quando perde essa capacidade, porque não consegue fazer frente à desordem provinda do meio ao qual está acoplado. A capacidade autopoietica é também responsável pela biodiversidade, porque significa diferentes maneiras de se organizar em determinado meio.

O humano detém uma organização autopoietica mais complexa por ser um ente, ao mesmo tempo, biocultural,, provido de linguagem e consciência. Assim, a autopoiese humana significa uma complexificação da capacidade de reordenar seus componentes em uma nova organização. Saúde implica, portanto, uma manutenção da autopoiese; doença, um ataque à organização autopoietica, e, morte, a perda total dessa capacidade. Nessa linha, saúde não pode ser definida ou caracterizada, simplesmente, pela presença de componentes (como um vírus, uma baixa recaptção em determinadas sinapses ou baixa autoestima), mas pela capacidade de auto-ordenar esses componentes numa nova organização existencial. No ser humano, a organização autopoietica tem uma complexidade que engloba as dimensões corporal, psíquica e social. Ser sadio significa ser reativo e autônomo diante de agentes e situações perturbadoras do equilíbrio existencial. Nesse sentido, sadia é aquela pessoa que consegue de tal maneira integrar, na própria vida, as perturbações do bem-estar físico, psíquico e social.

Nossa segunda proposição aponta para a constituição de distintas regras de funcionamento. No videogame, o jogador é imerso em um sistema de regras específico do jogo. Esse conjunto de regras pode ser diferente de outros sistemas de regras com os quais ele tem contato em seu cotidiano. Por exemplo, em jogos de tiro em primeira pessoa, ocorre um deslocamento normativo da ação de matar, pois não se trata de aniquilar o adversário, mas, sim, de vencê-lo. Desta forma, o que ocorre no videogame não se refere a uma violência contra o outro, mas, sim, a um conteúdo narrativo entre personagens no jogo.

Vivências que oportunizam realizar ações diferentes a partir de conjuntos de regras distintas, possibilitam experiências que se configurariam como experiências de si, pois o jogador se vê fazendo algo que não se imaginava fazer em outros contextos. Assim, os jogos possibilitam exercícios de instituição de novas normas em diferentes domínios de experiência, ou seja, exercícios da capacidade normativa por meio do videogame. Esta característica é importante, porque o jogador não está apenas aprendendo uma rotina de ações, mas, sim, experimentando ações que não experienciaria em outros contextos, e, por isso, vivenciando uma nova experiência de si.

Na experiência imersiva passível de ser vivenciada nos videogames, abre-se a possibilidade de experimentações de si e de uma percepção a um plano de virtualidade de si, que se configuram como novas experiências de si em consonância com outras normas vigentes, que não as habituais do cotidiano dos sujeitos.

Neste sentido, alguns jogos possuem características que possibilitam pensar a produção de normatividade, sendo também entendida como produção de saúde. Experiências com jogos que possuem proporções incontáveis de combinações de ações permitem possibilidades também incontáveis de instituição de novas percepções de si e, com essas, novas normas de vida e de relação, intervindo nos modos de subjetivação dos jogadores.

Considerações finais

A discussão anterior traz evidências de que a experiência de jogar videogames, em um contexto de oficinas, pode fazer emergir percepções de si de forma a se abrirem condições de normatividade nos espaços de afinidade em que ocorrem.

Ou seja, tal como nos referimos anteriormente, se tomarmos como exemplo os jogos em primeira pessoa, podemos dizer que, nos mesmos, ocorre um deslocamento normativo da ação de matar. Não se trata de aniquilar o adversário, mas, sim, de, ao vencê-lo, incorporar sua potência. Não estamos diante da norma jurídica ou penal, mas da norma do aprimoramento das habilidades. Ao derrotado, cabe a busca de aperfeiçoamento para uma nova batalha. Assim, existe uma função normativa de poder ser melhor do que se era e não a uma norma jurídico-criminal.

Os episódios aqui discutidos permitem apontar que algumas características da experiência com videogames em uma oficina poderiam suportar a aposta em sua função normativa. Pela discussão anterior, os videogames colocam os sujeitos em situações inusitadas, nas quais podem tomar as experiências anteriores e ampliá-las, descobrindo outros recursos de si próprios. A experiência do jogo não se configura como uma representação em menor escala do mundo exterior. Trata-se de uma nova experiência que permite formas de instituir novas percepções de si e, com essas, instituir novas normas de vida e de relação. O fato de os jogos proporcionarem uma experiência planejada nos leva a considerá-los como dispositivos de compartilhamento. Um primeiro compartilhamento está referido às coordenações necessárias com o próprio mundo do jogo. Devido a essas características, um jogo exige acoplamento, ou seja, coordenar ações que considerem a estrutura do jogo para, a partir delas, poder inventar seus próprios percursos. Vimos como as características dos jogos podem possibilitar mais ou menos imersão de acordo com as possibilidades dos participantes.

Um segundo compartilhamento é o de como a cultura dos jogos produz questões aos padrões por meio dos quais a educação e a saúde organizam experiências planejadas para o atendimento

de crianças e jovens. No presente caso, o fato de os jogos estarem inseridos em um formato de oficina faz com que seu potencial de compartilhamento possa ser ainda mais intensificado. Em uma oficina, há espaço para proposições singulares, mas, existe a ênfase de que as mesmas possam ser compartilhadas, postas em comum. Do mesmo modo que o jogo, em uma oficina, há o convite a um linguajar que é capaz de acolher a diferença e produzir compartilhamento e trânsito, compondo outras parcerias.

As oficinas podem auxiliar os participantes à tomada de consciência de uma dimensão pré-reflexiva da experiência, ao fornecerem oportunidades para a ação em contextos de regras distintos do cotidiano. Osicineiros, ao estimularem e conduzirem o compartilhamento das ações e decisões, capacitam os participantes a tornarem-se consciente dessa experiência. O compartilhamento, por sua vez, modifica o conjunto de ações pertinentes em um ou mais domínios cognitivos estabelecidos entre os participantes da oficina. Essas modificações permitem uma ampliação do conjunto de respostas às perturbações internas ou externas do bem-estar desses sujeitos. Os videogames constituem espaços participativos e de experimentação de si, pois convidam os jogadores a habitarem novos contextos de experiência, e, portanto, se apresentam como um interessante recurso no campo da saúde mental.

Colaboradores

Os autores trabalharam juntos em todas as etapas da elaboração desse manuscrito.

Referências

1. Betts A, Baum C, Maraschin C, Kveller DB, Medeiros D. Jogos eletrônicos e vídeo games como e-dispositivos. In: Palombini A, Maraschin C, Rickes S, organizadores. *Tecnologias em rede: oficinas de fazer saúde mental*. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2012.
2. Newman J. *Playing with videogames*. London: Routledge; 2008.
3. Gee JP. *Good video games+ good learning: collected essays on video games, learning, and literacy*. New York: P. Lang; 2007.
4. Baum C. *Sobre videogames e cognição inventiva [dissertação]*. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.
5. Gee JP. Why game studies now? *Video games: a new art form*. *Games Cult*. 2006; 1(1):58-61.
6. Maturana HC. *Cognição, ciência e vida cotidiana*. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2001.
7. Passos E, Kastrup V. *Tecnologias, oficina e saúde mental: conversações*. In: Palombini A, Maraschin C, Mochen S, organizadores. *Tecnologias em rede: oficinas de fazer saúde mental*. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 193-219.
8. Cedraz A, Dimenstein M. *Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?* *Rev Mal-Estar Subj*. 2005; 5(2):300-27.
9. Araldi E, Piccoli L, Diehl R, Tschiedel R. *Oficinas, TIC e saúde mental: um roteiro comentado*. In: Palombini A, Maraschin C, Mochen S, organizadores. *Tecnologias em rede: oficinas de fazer saúde mental*. Porto Alegre: Sulina; 2012. p. 43-58.
10. Baum C, Maraschin C. *Oficinas de vídeo game como dispositivo de compartilhamento em um serviço de saúde mental*. *Pesqui Prat Psicossoc*. 2013; 8(1):95-105.
11. Squire K. *From content to context: videogames as designed experience*. *Educ Res*. 2006; 35(8):19-29.
12. Thomaz A, Maraschin C, Zaniol E, Schuch E. *Dispositivos de imersão em ambientes de realidade virtual*. *Rev Bras Inform Educ*. 2005; 13(2):21-32.
13. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

O presente artigo discute a experiência de crianças e adolescentes que participaram de oficinas tecnológicas em um serviço de saúde mental, focando o uso de videogames. O intuito é explorar os jogos para além de seu uso educacional, analisando se os mesmos constituem ferramentas para intervenção no campo da saúde mental. As análises de extratos de diários de campo das oficinas de jogos possibilitaram apontar que a experiência de jogar pode ofertar novas condições para a experimentação de si, dando ocasião à instituição de uma função normativa, capaz de produzir novas normas de vida e de relação. Os videogames constituem espaços participativos e de experimentação de si, pois convidam os jogadores a habitarem novos contextos de experiência e, portanto, se apresentam como um interessante recurso no campo da saúde mental.

Palavras-chave: Videogames. Oficinas. Saúde mental. Autopoiese. Experiência de si.

Workshops and video games: mental health production?

This paper discusses the experience of children and adolescents participating in technological workshops in a mental health service, focusing on the use of video games. The aim is to explore the game beyond its educational use, analyzing whether they constitute tools for intervention in the mental health field. Analyzes of field journals extracts allowed to point out that the experience of playing can offer new conditions for the experimentation of self, being an occasion for the establishment of a regulatory function, capable of producing new rules of life and relationship. Video games are participatory spaces and experimentation of self because they invite players to inhabit new experience contexts and therefore, stand as an interesting feature in the mental health field.

Keywords: Video games. Workshops. Mental health. Autopoiesis. Experience of the self.

Talleres y videojuegos: producción de la salud mental?

En este artículo se analiza la experiencia de un grupo de niños y adolescentes que participaron en talleres técnicos de un servicio de salud mental centrado en el uso de los videojuegos. El objetivo del mismo es explorar el juego más allá de su uso educativo, analizando si constituye una herramienta para la intervención en el campo de la salud mental. Los análisis de extractos diarios de campo han permitido señalar que la experiencia de juego puede ofrecer nuevas condiciones para la experimentación de sí mismo, así como una ocasión para el establecimiento de una función reguladora, capaz de producir nuevas reglas para la vida y para las relaciones. Los videojuegos se presentan como espacios de participación y experimentación en sí, que invitan a los jugadores a habitar nuevos contextos de experiencia y por lo tanto, se presentan como un interesante recurso en el campo de la salud mental.

Palabras clave: Video juegos. Talleres. Salud mental. Autopoiesis. Auto-experiencia.

Recebido em 12/08/15. Aprovado em 20/03/16.

Pontos, conexões e costuras:

tecendo uma experimentação a partir da pedagogia científica de Bachelard

Maria Flávia Gazzinelli^(a)
 Marconi Moura Fernandes^(b)
 Amanda Nathale Soares^(c)
 Viviane Gonçalves Barroso^(d)

Romper com as amarras: o desafio proposto

Apresentamos, neste artigo, o relato de uma proposta da disciplina Teoria do Conhecimento e da Educação nas Práticas Educativas em Saúde, do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Nessa disciplina, estudantes de Mestrado e Doutorado têm de desenvolver uma experimentação, a ser vivida pelos pares, fundamentada em pensadores clássicos da educação e do conhecimento, como: Durkheim, Freinet, Dewey, Vygotsky, Paulo Freire e Bachelard.

Para isso, os estudantes são divididos em grupos, cada qual responsável por estudar mais profundamente um teórico e propor, aos demais, uma experimentação a partir dele. Essa experimentação deve ser capaz de produzir conhecimentos e engendrar acontecimentos em sala de aula. Acontecimento, aqui, é entendido não como o que acontece, mas como o que é no que acontece¹.

Movidos por esse desafio, criamos uma intervenção inspirada em Gaston Bachelard. Encontros com Bachelard, propiciados por leitura prévia, adensaram as conversas e as atividades durante a experimentação proposta. A orientação inicial dada aos estudantes consistiu em fazer uma síntese sobre as ideias do autor e as brechas por ele abertas para se pensar a educação em saúde (Imagem 1).

A centralidade da pedagogia de Bachelard é o entendimento de que o ato de conhecer dá-se contra um conhecimento anterior, destruindo saberes mal estabelecidos e superando o que é obstáculo à espiritualização. Segundo ele, precisamos reconhecer o caráter radicalmente contingente de nossas crenças e descer aos porões para descobriremos as condições históricas em que elas se transformaram em verdades incontestáveis².

A temática escolhida para a experimentação foi a doação de órgãos e transplantes. Além de estar presente no cotidiano de parte da população, repercutindo nas relações pessoais, familiares e sociais, esse é um assunto difundido por campanhas nacionais, que compõe discursos coletivos, gera interpretações e opiniões diversas e contribui para a construção de conhecimentos sobre o assunto. Consideramos, também, o fato de o tema ser relevante para a turma, formada, majoritariamente, por profissionais da saúde.

^(a) Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Alfredo Balena, 190, Campus Saúde. Belo Horizonte, MG, Brasil. 30130-100.

flaviagazzinelli@yahoo.com.br

^(b) Psicólogo. Belo Horizonte, MG, Brasil. marconimf@yahoo.com.br

^(c) Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil. amandanathale0708@gmail.com

^(d) Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil. Belo Horizonte, MG, Brasil. vivianebarroso@uol.com.br

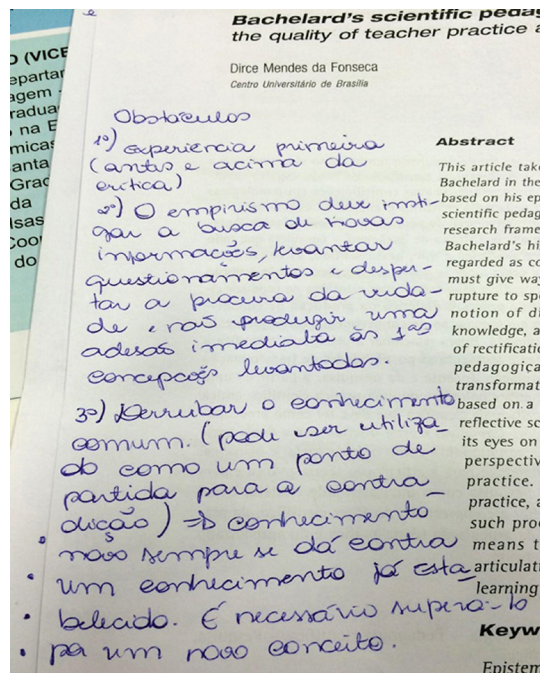


Figura 1. Articulações e planos do grupo

Como estratégia de ensino, empregamos casos de pacientes fictícios, inseridos no contexto da doação de órgãos sólidos. O método de ensino segundo o qual se aprende por meio da ruptura com o senso comum em direção ao conhecimento elaborado, base da Pedagogia Científica de Bachelard, serviu de referência para a experimentação.

Consideramos o senso comum como o conjunto de saberes capazes de orientar os seres no mundo de forma distinta. Isso tende a agrupar valores e ideologias como manutenção de ordens estabelecidas, a favor de grupos hegemônicos³. Bachelard² afirma que os conhecimentos do senso comum são provenientes das experiências primeiras dos sujeitos, que, agregadas por arquétipos e preconceitos, constituem causa de estagnação ou regressão no conhecimento, sendo designados como obstáculos epistemológicos.

Inspirados em Bachelard⁴, segundo o qual o ensino deve estar voltado para aquilo que pensamos sobre determinado fato científico, e não para o acúmulo de conhecimentos, criamos a sequência de momentos que comporiam a experimentação. Para nós, condutores da intervenção, estava claro que deveríamos criar condições para que a doação de órgãos fosse entendida a partir de revisões constantes e graduais do conhecimento comum em direção a outro conhecimento, agora elaborado pelas afetações daquele encontro educativo.

A experimentação é uma ação que revela a disponibilidade para os afetos insurgentes do encontro. Sem a qualificação de bom e mau, esse encontro ganha contornos únicos no processo de singularização. É um caminho de incertezas, e esse é o risco que uma prática educativa corre ao se colocar de modo fluido para a emergência do acontecimento. A experiência é o ponto de partida. É ela o mecanismo capaz de promover a ruptura entre o conhecimento comum, a opinião e o conhecimento científico, marcando a interseção entre a proposta de Bachelard e um processo educativo por acontecimentos.

Essa ruptura caracteriza a capacidade de os seres se desterritorializarem, se engajarem em linhas de fuga capazes de promover rupturas com o território anteriormente estabelecido e ensejarem tentativas de reorganização do que foi apreendido, para recomposição e criação de sentidos⁵.

Propusemos, assim, oito momentos para a experimentação: (1) Em busca da afinidade de pensamento: a formação dos grupos; (2) A difícil tarefa de elencar elementos para sustentar as escolhas; (3) O emergir do senso comum: a distribuição dos perfis biográficos; (4) A distribuição dos perfis psicológicos: novos elementos para o fortalecimento do senso comum; (5) Orientação sobre o processo de doação de órgãos sólidos: colocando “em cheque” o senso comum; (6) A distribuição dos perfis clínicos e de publicação científica: a ruptura com o senso comum; (7) A confecção da Arpillera: tecendo as marcas da experiência; (8) Tecendo os retalhos do pensamento.

Esperávamos que esses momentos favorecessem a emergência dos acontecimentos. Consideramos que os acontecimentos são incorporais. Temos os corpos e os pensamentos, com suas ações e paixões, e os estados de coisas correspondentes. Também há forças e intensidades que não se configuram como coisas, não são seres preexistentes ao plano ontológico, não podem ser concebidas com uma forma prévia; apenas transitam de modo fluido no “entre-coisas”. São os acontecimentos que não existem no espaço nem no tempo presente, mas que subsistem nos corpos e nos atos, na tentativa de criar outras formas para o instituído⁶. Partimos do suposto de que esses acontecimentos, em contexto de ensino, não são efeitos do professor nem dos estudantes, mas são efeitos dos encontros desses corpos e pensamentos.

Segue a descrição dos diferentes momentos da experiência, juntamente com as discussões teóricas. Na descrição dos momentos, inserimos fotografias capturadas durante a experimentação da técnica da Arpillera (Momento 8). Concebemos a fotografia menos por sua potência de documentação, fixação identitária e de memórias, e mais em sua força de expansão, como uma multiplicação de sentidos que não conseguem fixar-se em um único instante⁷.

Momento 1: em busca da afinidade de pensamento – a formação dos grupos (Imagem 2)

A experimentação iniciou-se pela divisão da classe em grupos compostos por integrantes de formação acadêmica e atividades laborais similares, respeitando-se a distribuição equilibrada de pessoas por grupo. Tal divisão objetivou buscar alguma homogeneidade de pensamento e julgamento na prática educativa.

Foram formados três grupos. O grupo 1 foi composto por dois psicólogos com experiência em Psicologia Clínica e três enfermeiras com experiência em Saúde da Família. O grupo 2 contou com: duas graduadas em Gestão de Serviços de Saúde, uma enfermeira sem experiência profissional e mestranda em Enfermagem, um farmacêutico com experiência em Saúde Pública e Biossegurança, e um enfermeiro com experiência em Saúde do Trabalhador e Saúde do Idoso, também mestrando em Enfermagem. O grupo 3 incluiu quatro integrantes, duas nutricionistas e duas enfermeiras, uma delas com experiência em Pesquisa Clínica e a outra com atuação em Clínica de Dor. Esse foi o ponto de partida para a experimentação.

O lugar determinado de onde fala cada um dos estudantes – posição básica a partir da qual cada um deles opera, ponto de referência, condição fundamental para o porvir nos momentos subsequentes da experimentação.



Figura 2. Similitudes... Encontros.

Momento 2: a difícil tarefa de elencar elementos para sustentar as escolhas (Imagem 3)



Figura 3. Murmúrios da superfície... Experiência primeira

O próximo passo foi a entrega de instruções para a realização do exercício estruturado e adaptado de “O rim artificial” (disponível em “Coleção de exercícios estruturados para treinamento e educação”). O exercício consistiu em um caso breve, que tratava da doação de um rim por doador falecido, e a existência de cinco pessoas (Abigail, Alberto, Alfredo, Ana e Antônio) na lista de espera para recebê-lo. A atividade incluiu escolher o candidato selecionado a partir das informações disponibilizadas e anunciar os critérios utilizados para esse fim. Apenas um candidato poderia ser escolhido e, portanto, teria chance de permanecer vivo. O principal critério para a escolha desse exercício foi a nossa confiança no potencial transformador do material. Acreditamos que esse material expressa modos de ser dos educadores – suas histórias, suas vivências, as teorias que os acompanham – e não se restringe a uma opção técnica.

Essa proposta baseou-se na ideia de que todo estudante entra em uma situação de ensino com conhecimentos empíricos já constituídos sobre o fenômeno a ser abordado. O objetivo não foi apenas favorecer a aquisição da cultura experimental, mas transformá-la, derrubando os obstáculos já sedimentados pela vida cotidiana. Coerente com Bachelard, não se trata de acrescentar noções ao já constituído, mas de aniquilá-lo – condição necessária para a abertura ao novo.

Momento 3: o emergir do senso comum – a distribuição dos perfis biográficos (Imagem 4)



Figura 4. Significando singularidades... Quem escolher?

Em seguida, os educadores entregaram os resumos biográficos dos candidatos aos estudantes, que iniciaram as discussões para a escolha do receptor. As informações biográficas continham, sinteticamente, aspectos como: gênero, idade, estado civil, número de filhos, ocupação e momento atual da história de vida.

Notamos semelhança nos critérios pensados pelos grupos 2 e 3 para fundamentar suas escolhas sobre quem receberia o rim: aspectos objetivos como idade e número de filhos. Os dois grupos relataram que trabalharam estabelecendo critérios de exclusão e, depois, buscaram definir o critério preponderante que culminaria na escolha da candidata Abigail. A sobrevivência e o futuro dos filhos foram os critérios que mais pesaram na escolha consensual dos dois grupos pela candidata. Por seu perfil biográfico, abaixo colocado, é possível identificar esses pontos que mais sensibilizaram os grupos e definiram a escolha.

“Sexo feminino, brasileira, 30 anos. Casada há 11 anos. Cinco filhos (um menino de 10, um menino de 8, uma menina de 7, outra de 5 e uma menor de 4 meses). Marido comerciante, possui e dirige um bar e uma pequena lanchonete. Instrução secundária. Nunca trabalhou fora. O casal acaba de comprar uma casa em um bairro bem situado e Abigail está planejando decorá-la para testar sua aptidão e analisar se possui talento para ingressar em curso de decoração de interiores. Participa de vários grupos comunitários ligados a atividades religiosas”.

O grupo 1, ao contrário dos demais, mostrou-se muito incomodado durante essa etapa inicial de escolha, tendo sido necessárias intervenções para que a atividade fosse concluída. Ao considerar a necessidade de assumir um compromisso ético com as pessoas sujeitas a receber o rim, o grupo 1 argumentou que a partir das informações disponíveis não era possível fazer uma escolha adequada. O comentário de um dos integrantes expressa essa indignação com a proposta: “Espera lá. Precisamos evitar o automatismo na escolha”. No contexto de discussão, a frase simbolizava o reconhecimento de que a definição do candidato estava ocorrendo a partir de julgamentos iniciais, assentados em valores individuais.

A existência do grupo 1 foi fundamental para a compreensão do pensamento bachelardiano. O sentimento de estar cometendo injustiça, manifestado pelo grupo, revela a convicção de que os problemas e suas soluções não são equacionados de modo espontâneo, sem pensamento. A esse respeito, Bachelard⁸ diz que a opinião pensa mal ao traduzir necessidades em conhecimentos, que não se pode basear nada na opinião; ela, contrariamente, é o primeiro obstáculo a ser superado. E acrescenta que não basta corrigi-la em determinados pontos, mantendo como uma espécie de moral provisória, é necessário transformá-la. Segundo ele, “[...] o espírito científico proíbe que se tenha uma opinião sobre questões que não se compreende”⁴ (p. 166).

Assim, o grupo 1 definiu, por sorteio, o candidato Alfredo. A ideia do sorteio originou-se do sentimento compartilhado pelo grupo de que cada ser humano possui singularidades e necessidades que lhe são próprias, o que significa a assunção de um compromisso ético perante cada uma dessas pessoas.

Neste Momento 3, a experimentação rachou aberturas para revelar um obstáculo epistemológico citado por Bachelard²: a experiência primeira. Ao escolherem um receptor para o rim, baseados em aspectos objetivos, os grupos 2 e 3 mostraram-se mais vinculados à experimentação do que à sua explicação científica. Enfatizaram as imagens dos possíveis doadores, sedimentaram-nas em suas opiniões e desconsideraram as possíveis ideias. O grupo 1 tentou escapar às imagens primeiras, facilmente construídas com os perfis biográficos, mas ainda era preciso avançar para seguir em direção aos conhecimentos científicos.

Momento 4: novos elementos para o fortalecimento do senso comum – a distribuição dos perfis psicológicos

Sequencialmente, foram entregues, aos grupos, os perfis psicológicos dos candidatos. Os estudantes foram então forçados a revisitarem os critérios de escolha a partir das novas informações (breve resumo das histórias de vida, características de cada um, percepção da equipe de profissionais que avaliou os candidatos quanto à expectativa em relação à doença). O próximo passo seria definir se permaneceriam com a escolha do mesmo candidato ou se mudariam a indicação. Os critérios utilizados para a escolha deveriam ser novamente explicitados.

O grupo 1 manteve a posição de que o sorteio era a forma mais justa de definição do candidato, uma vez que os perfis psicológicos, na visão do grupo, não agregaram aspectos que pudessem alterar o julgamento realizado. Novamente, foram partilhadas ponderações que remeteram ao senso de justiça necessário para a escolha, tendo sido questionado o “valor do julgamento” a partir de aspectos subjetivos. A candidata sorteada foi Ana.

Os grupos 2 e 3 utilizaram critérios de escolha pautados em aspectos morais, como a importância social da família. O grupo 2 modificou sua escolha inicial justificando que, segundo as informações psicológicas sobre Abigail, a candidata anterior, seus filhos poderiam ser cuidados pela avó. Outros aspectos indicados como intervenientes na substituição da candidata Abigail foram a resignação diante da possibilidade de morte e o fato de o marido ser trabalhador e capaz de garantir a sobrevivência dos filhos.

O grupo 2 decidiu pelo candidato Antônio. Aspectos reconhecidos pelo grupo como “negativos” presentes em outros perfis, como o gosto por aventuras perigosas, pautaram a decisão. Foi considerado, ainda, que a esposa de Antônio não trabalhava, condição que poderia prejudicar os filhos, caso o candidato não sobrevivesse. O fato de Antônio ser um pai dedicado foi igualmente um fator que pesou na escolha. O perfil psicológico de Antônio, explicitado abaixo, revela os aspectos que fundamentaram a decisão:

“Apesar de sua origem humilde (nasceu e criou-se em uma favela), tem boa formação e aparenta não ter a menor ligação com marginais. É extremamente devotado a sua família e parece ser um ótimo marido e um pai dedicado. A capacidade de crescimento profissional de Antônio é, todavia, limitada, e seu rendimento na escola secundária não foi dos melhores, apesar de não possuir antecedentes de delinquência e de ser sempre reconhecido por seus mestres como um estudante bastante esforçado. É pouco provável que consiga concretizar seus planos de ter uma oficina própria. Ele deverá continuar como empregado até o fim de sua vida. Sua esposa tem curso de secretariado e boas condições para conseguir emprego, apesar de Antônio tê-la desencorajado, pois fizeram um acordo mútuo de que ela deveria dedicar-se somente ao lar e aos filhos. Antônio parece não ter consciência da gravidade de sua enfermidade”.

O grupo 3 manteve a escolha inicial e registrou que os aspectos psicológicos contribuíram para que a definição por Abigail fosse feita “com a consciência mais tranquila”. Em geral, o grupo afirmou que a exclusão de determinados candidatos foi feita tomando como referência os demais perfis psicológicos e que, novamente, a importância da família e o impacto da morte para os filhos suportaram a escolha.

A ideia de oferecer os perfis psicológicos dos candidatos apoiou-se no suposto bachelardiano de que é impossível anular, de um só golpe, todos os conhecimentos habituais. Segundo o epistemólogo, aquilo que se crê saber sobre algo ofusca o que se deve saber.

Neste Momento 4, vinculados às imagens construídas no momento anterior, fixadas em opiniões, os grupos 2 e 3 lançaram-se em generalizações, outro obstáculo epistemológico colocado por Bachelard². As generalizações acontecem quando “leis”, como os aspectos morais que os conduziram às escolhas, tornam-se muito claras, fechadas e impermeáveis ao questionamento científico. Há aqui caminho para uma imobilidade do pensamento, problematizada pelo grupo 1, que declinou da moralidade para a escolha do candidato.

**Momento 5: colocando “em cheque” o senso comum
– orientação sobre o processo de doação de órgãos sólidos (Imagem 5)**



Figura 5. Dando contornos ao conhecimento científico...

Durante as discussões realizadas, era esperado que emergissem dúvidas sobre o processo de doação de órgãos sólidos e o funcionamento da lista de espera dos receptores renais. Assim, os grupos receberam orientações de um de nós, estudantes educadores, que, por possuir experiência na área, explicou como acontece a doação de órgãos sólidos e a indicação do receptor para o transplante renal no Brasil: o processo de doação de órgãos sólidos compõe-se por etapas definidas e interligadas, que compreendem a notificação do potencial doador, o diagnóstico de morte encefálica, a realização da triagem sorológica, a abordagem familiar, a remoção dos órgãos e a realização do transplante. Foi explicado que a indicação do candidato a ser transplantado pauta-se no tempo de espera em lista e nos critérios de compatibilidade imunológica.

Depois de o conhecimento elaborado sobre o tema ser apresentado aos estudantes, observamos que eles começaram a vislumbrar a possibilidade do erro no raciocínio construído. Sobre isso, Bachelard afirma que deixamos de problematizar os fenômenos porque os vemos como verdades naturais, e não como construções históricas. A inserção do conhecimento elaborado na discussão teve o papel de fragilizar a onipresença do conhecimento que construímos colado às nossas trajetórias de vida.

Nesse Momento, portanto, a proposta era desenredar os territórios das escolhas já realizadas para inserir conhecimentos científicos que pudessem romper com os obstáculos epistemológicos evidenciados – a experiência primeira e a generalização.

Momento 6: a ruptura com o senso comum – a distribuição dos perfis clínicos e de publicação científica (Imagem 6)

Os esclarecimentos do estudante “especialista”, somados aos perfis clínicos dos candidatos (peso, altura, data de inscrição na lista de espera, grupo sanguíneo e resultado de prova cruzada) e à publicação científica sobre o tema, possibilitaram que os grupos rediscutissem a definição do candidato que receberia o rim. Novamente, os grupos precisariam defender a manutenção dos candidatos escolhidos ou modificar a escolha, compartilhando os critérios utilizados.

Os três grupos, após avaliação das novas informações, definiram-se pela candidata Ana.

Registraram que as escolhas apoiaram-se nas informações técnicas. Para além da polêmica acerca de aspectos da história de vida dos candidatos, ficou claro que, para a escolha, bastava observar a ordem na fila e os critérios de natureza imunológica.

Os componentes dos grupos 2 e 3 reagiram a essa última etapa do exercício, mostrando-se responsáveis por suas escolhas anteriores. Sobre isso, os estudantes do grupo 3 registraram sentirem-se particularmente “culpados” pela escolha anterior, que lhes pareceu inadequada após o conhecimento das informações técnicas.

Essa atitude dos estudantes parecia indicar que experimentavam algo conflituoso: seus gestos e suas expressões faciais transpareciam angústia com o acontecimento. Para Bachelard⁹, tal como na psicanálise, o reconhecimento de um passado com erros por meio de um autêntico arrependimento intelectual é fundamental para a criação de novos rumos em direção ao conhecimento.

Seria essa forma de pensar/conhecer/sentir que intencionávamos engendrar nos estudantes? Essa posição do grupo foi discutida por nós para além de uma retificação subjetiva que, para Bachelard, consiste em uma descontinuidade, ou ruptura, com o senso comum e um avanço em relação ao erro advindo da experiência primeira. Em Bachelard⁹, as primeiras experiências com um objeto sempre são fracassadas, constituem obstáculo epistemológico.

Observamos aí uma proximidade com a psicanálise, considerando que o erro e o ato falho são essenciais para pensar o inconsciente, o desejo, a constituição do sujeito. Se um sujeito se constitui a partir da falta, isso marca o modo como ele desejará. Afirmamos que ambas as perspectivas, a psicanalítica e a bachelardiana, tomam como eixo o inacabamento, a falta, algo a se estruturar como sujeito ou como conhecimento.

Tomaremos a noção de desejo como inventividade e ruptura ao preexistente para enfatizar o acontecimento ocorrido na aula. O desejo não é para privilegiados, nem reservado a uma interioridade; será visto como um processo revolucionário imanente. O desejo é aquele que aumenta a potência de agir, sendo a própria essência humana¹⁰.

Reconhecendo o desejo como capaz de mover as estruturas estabelecidas na constituição do ser e na produção do conhecimento, o que pretendíamos com a intervenção era criar condições para que aquele coletivo conseguisse implicar-se na produção de novos entendimentos sobre transplantes, ao invés de, simplesmente, assimilar um conceito preconcebido sobre o tema.

O que avaliamos, entretanto, é que, ao internalizarem sem questionamento o conhecimento técnico apresentado, culpabilizando-se pela escolha anterior, os estudantes nada mais fizeram do que julgar-se a partir de um sistema de valores preexistente. Quando se culpam por suas posições



Figura 6. Ponto Cruz... A morte do senso comum

primeiras, analisando-as a partir de parâmetros exteriores a si, limitam-se a fazer uma retificação de suas incongruências. Agindo assim, acabam por desconsiderar que suas concepções podem ser um movimento produtivo em si e por si, repleto de alternativas possíveis. A consequência é que não ocorre a produção de um conhecimento novo, e sim o (re)conhecimento de um saber disponibilizado. Falando em termos de operação mental, admitimos que esses estudantes substituíram um conhecimento tido ali como soberano, o conhecimento comum, por outro, igualmente totalizante, o conhecimento elaborado.

O grupo 1 caminhou na contramão e se sentiu aliviado em conhecer os critérios de seleção, pois tirou o “peso da responsabilidade” de uma escolha. Um dos integrantes alegou que o julgamento assim “parecia mais ético”. O grupo agregou a essa noção a conclusão de que não estavam diante de uma verdade absoluta. Como ocorre com qualquer conhecimento, novos critérios poderiam ser pensados por aqueles diretamente envolvidos com o transplante. Concordamos com o grupo, considerando que se trata de um fenômeno multifacetado, que sofre influência de aspectos históricos e socioculturais.

Diferentemente daqueles estudantes que acataram uma pretensa moralidade para justificarem suas primeiras decisões, estes sustentaram uma posição singular. Pela via do desejo, é possível inventar e produzir novas concepções de sociedade e sistemas de valores. O desejo é uma força que leva o homem a buscar aquilo que aumenta sua potência de agir, um processo preenchido de si que carrega um *continuum* de intensidades, uma conjugação de fluxos e blocos de devires que visam a alcançar territórios outros⁵.

Bachelard designaria esse processo como uma verdadeira catarse intelectual e afetiva necessária para que o saber fechado e estático ceda lugar a um conhecimento aberto e dinâmico. Deleuze diria que a luta contra a opinião dá-se criando conceitos, entendendo conceito não como algo dado, mas como algo que está por criar.

Momento 7: a confecção da Arpillera: tecendo as marcas da experiência

Por fim, os estudantes foram orientados sobre a técnica artesanal da Arpillera (colagem com tecidos) e conheceram algumas produções desenvolvidas no Chile. O intuito era convidar a todos a expressarem e materializarem o vivenciado durante a aula por meio dessa estratégia.

A técnica da Arpillera¹¹ era um recurso utilizado pelas mulheres chilenas na época da ditadura para expressar seus sentimentos diante das situações de opressão. Era um importante dispositivo político de denúncia e resistência. Por meio dos produtos confeccionados, as chilenas exprimiam o que sentiam e pensavam acerca dos acontecimentos de seu cotidiano.

Quanto aos estudantes, a proposta foi que expressassem, por meio dessa técnica, os sentimentos e os pensamentos provocados pelo percurso pedagógico experimentado. De posse de tecidos de juta, retalhos de várias texturas, cores e estampas, tesoura, agulhas e linhas, os estudantes puderam tornar concreto o acontecimento. Primeiramente, imaginavam o que iriam tecer, o que gostariam de representar, sobre o que partilhavam entre si, quando agrupados. Depois, escolhiam os tecidos, as cores e as estampas, desenhavam as formas desejadas no verso e recortavam. Ao final, costuravam na juta esses retalhos formatados, compondo um todo. Por meio de um movimento que ia das partes para o todo, do individual para o coletivo, os estudantes construíam os significados e os sentidos da prática refletida (Imagem 7).

Na situação de ensino sobre o transplante de órgãos, ao buscarmos integrar imaginação, pensamento, lembranças coletivas e valores íntimos, a Arpillera configurou importante dispositivo para a constituição de novos modos de subjetivação, e constituiu uma potente ferramenta para transformação social e política. Amarrações, conexões e costuras: todas tecidas para marcar uma ruptura com a homogeneidade.

Com tecidos de várias cores e texturas, linhas comuns, de crochê, tamanhos diferentes de agulhas, alfinetes, tesouras, imagens e textos espalhados no chão, criamos uma ambientação que favoreceu a invenção. Percebíamos, pelas posições, como os estudantes dispunham seus corpos no chão, como se brincassem, que se alongavam para alcançar o pedaço de tecido desejado, rompendo com fluxos



Figura 7. O artesanal, os fluxos de ação e os modos de (r)existir

corporais muitas vezes bloqueados numa sala de aula. Pareciam buscar fluxos que se conectavam com terrenos mais ampliados de seus movimentos e de seus desejos. Costuravam em partes diferentes da tecelagem, criando linhas de conexão e, assim, a sala ia adquirindo novas feições capazes de desordenar o ambiente acadêmico inicialmente estruturado. As produções expressaram isso: bordados que transparecem sensibilidade, intensidade, diferença.

Por meio da interação e do confronto entre diferentes tipos de conhecimento, os estudantes construíram, conjuntamente: peças artesanais que apresentavam figuras comuns, como um rim, símbolos que expressavam a ideia de dúvida (interrogações), julgamento (balanças), morte e vida, além de bonecos ou detalhes que lembravam os candidatos ao transplante. Tal similaridade, apesar das diferentes produções, constitui traço que une os integrantes do grupo, configurando-os como coletivo. A expressão final dos grupos pode ser conhecida pelas imagens 8, 9 e 10.

A análise da Arpillera pode ser arriscada por se tratar de um objeto de pluralidade semântica, que procura fazer leitura mesclada do sujeito e das formas de inscrição social alegóricas¹¹. Porém, o que podemos afirmar é que essa técnica ganhou sentido singular para os estudantes, passou a ser metáfora da experimentação vivenciada. Tanto os retalhos de tecidos encontraram, pelo grupo, novas formas, quanto esses estudantes foram interrompidos na continuidade de seu pensamento e criam, no uso e na combinação dos retalhos, novas possibilidades de pensar e agir frente ao problema daqueles que sofrem com uma doença crônica.

Assim, a técnica da Arpillera teve por intuito romper com o obstáculo substancialista, descrito por Bachelard². Ao invés de propor a condensação de todos os conhecimentos em um objeto como substantificação de qualidades, própria do espírito pré-científico e característica desse obstáculo, a Arpillera engendrou uma multiplicidade de sentidos que, não constituindo uma imagem metafórica das opiniões, produziu singularidades, processou outros modos de subjetivação.



Figura 8. Produto - Grupo 1



Figura 9. Produto - Grupo 2



Figura 10. Produto - Grupo 3



Figura 11. Os corpos ao chão... Vazando multiplicidades

Pretendemos, agora, discutir noções vinculadas aos processos de subjetivação que a experimentação permitiu, pois entendemos que houve produção de singularidades, que se concretizou, inclusive esteticamente, pelas afetações, pelas nuances e pelas cores da produção do conhecimento e dos rearranjos subjetivos compostos com a Arpillera. Buscando esse entendimento em Guattari¹², defrontamos com uma noção de subjetividade entendida pela via da produção e da pluralidade, também nomeada como polifônica. A subjetividade não está estabelecida na determinação de uma instância dominante que guia as outras instâncias, conforme exemplificamos na noção de sujeito psicanalítico, mas numa causalidade única e infinita, fundada na multiplicidade dos modos de subjetivação (Imagem 11).

Ao comporem as telas da Arpillera com retalhos que expressam efeitos das afetações vividas, emergiu toda a polifonia dos modos de subjetivação caracterizada por uma multiplicidade de formas parciais que marcam o tempo. Essas formas possibilitam a efetivação de agenciamentos existencializantes na singularidade e a composição de ritornelos existenciais. Os ritornelos demarcam os cruzamentos dos modos heterogêneos de subjetivação que se efetivam em universos singulares, situam-se no cruzamento de linhas de virtualidade. A imagem produzida estreita as conexões heterogêneas do conhecimento produzido pelas rupturas vivenciadas. Na produção da subjetividade polifônica, a ritornelização possibilita uma unicidade frente aos diversos componentes de subjetivação, pois os ritornelos funcionam como “um nó existencial projetivo”¹² (p. 29), sustentando um motivo existencial. Tal motivo confere, à experiência, uma potência transformadora, relacionada aos sentidos produzidos.

Momento 8: tecendo os retalhos de pensamentos

As diferentes etapas de discussões nos grupos proporcionaram a desconstrução parcelada e gradativa do senso comum sobre a doação de órgãos e o transplante de rim. Os discentes apresentaram questionamentos sobre o processo de doação de órgãos e transplantes e sobre aspectos bioéticos, a exemplo da justiça na distribuição dos órgãos.

A ação educativa produziu um ambiente de dúvidas e inquietações sobre a temática, possibilitando demonstrar o papel do educador, aquele que desperta, provoca, questiona e se deixa questionar¹³. O emprego da técnica possibilitou visualizar as relações pedagógicas colaborativas, abertas e construtivas entre educadores e discentes, pois as discussões ocorriam de forma interiorizada nos grupos e exteriorizada

com os facilitadores da atividade. É por isso que, por meio da Pedagogia de Bachelard, discutimos o contexto teórico do tema e percebemos erros e acertos que promoveram a desconstrução do senso comum em direção à afirmação do conhecimento científico (Figura 12).

É importante considerar que os aspectos ligados ao senso comum, revelados nas discussões, remeteram às histórias, às culturas e aos valores daqueles sujeitos que viveram a experiência. Esses, apesar das singularidades, estavam ligados uns aos outros, a partir do senso comum sobre o tema e de outras afinidades, como o fato de serem estudantes de pós-graduação na área da saúde. Questões como as de gênero, além de valores ligados à família (por exemplo), parecem ter feito parte das influências durante as escolhas iniciais dos grupos, o que pode variar em outras experiências, construídas por outros sujeitos, em outros contextos.



Figura 12. Retalhando as potencialidades da experimentação...

Colaboradores

Maria Flávia Gazzinelli participou ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Marconi Moura Fernandes participou ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Amanda Nathale Soares participou da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Viviane Gonçalves Barroso participou ativamente da discussão dos resultados.

Referências

1. Deleuze G, Guattari F. O que é a Filosofia. São Paulo: Ed. 34; 1997.
2. Bachelard GA. A formação do espírito científico. 5a ed. Rio de Janeiro: ContraPonto; 1996.
3. Lopes ARC. Reflexões sobre currículo: as relações entre senso comum, saber popular e saber escolar. Em Aberto. 1993; 12(58):14-22.
4. Bachelard GA. O novo espírito científico. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2001.
5. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. 6a ed. Petrópolis: Vozes; 2000.
6. Deleuze G. Espinoza: Filosofia prática. São Paulo: Escuta; 2002.
7. Wunder A. Uma educação visual por entre literatura, fotografia e filosofia. Pol Educ. 2009; 3(1):65-78.
8. Bachelard GA. A epistemologia. Lisboa: Edições 70; 2000.
9. Bachelard GA. O racionalismo aplicado. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.
10. Deleuze G, Parnet C. Diálogos. São Paulo: Escuta; 1998.
11. Campos LJ, Alquatti R, Pereira I. Artesanato, cultura e turismo: o discurso estético-político nas Arpilleras. Rev Hosp. 2012; 9(2):235-53.
12. Guattari F. Caosmose: um novo paradigma estético. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.
13. Fonseca DM. A pedagogia científica de Bachelard: uma reflexão a favor da qualidade da prática e da pesquisa docente. Educ Pesqui. 2008; 34(2):361-70.

Apresentamos o relato de proposta da disciplina Teoria do Conhecimento e da Educação nas Práticas Educativas em Saúde, do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Trata-se de uma experimentação inspirada nos pressupostos de Gaston Bachelard, que abordou a doação de órgãos e os transplantes buscando produzir conhecimentos e engendrar acontecimentos. O artigo está dividido em oito momentos, equivalentes aos que Bachelard compreende como necessários para chegar ao conhecimento, indo da desconstrução gradativa do senso comum à afirmação científica. A criação de um ambiente de dúvidas e inquietações sobre a temática foi a matéria para a experimentação e a atualização de acontecimentos. Dessa matéria, demasiadamente viva, insurgiram acontecimentos capazes de inaugurar variações, conexões e proliferações no pensamento, além de situações marcadas pela captura do instituído e por processos de subjetivação fechados sobre si mesmos.

Palavras-chave: Educação. Educação em Saúde. Enfermagem.

**Points, connections and seams:
weaving an experiment from Bachelard's the scientific pedagogy**

This paper presents the proposal of the discipline Theory of Knowledge and Education in Educational Practices in Health Care, of the Post Graduate Course in Nursing of the Federal University of Minas Gerais. It is an experiment inspired by the assumptions of Bachelard, who addressed the organ donation and transplant by trying to produce knowledge and to generate events. The article is divided into eight moments, going from the gradual deconstruction of common sense to the scientific statement. The creation of an environment of doubts and concerns about the topic was the material for experimentation and the updating of events. Out of this overly alive subject, surfaced events that were able to inaugurate variations, connections and thought proliferations, and situations determined by the capture of what is established and by processes of subjectivization enclosed within themselves.

Keywords: Education. Health Education. Nursing.

**Puntos, uniones y costuras:
tejiendo una experimentación a partir de la pedagogía científica de Bachelard**

Este es el caso de una propuesta de la asignatura Teoría del Conocimiento y la educación en las Prácticas Educativas para el Cuidado de la Salud, del curso de posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Minas Gerais. Se trata de un experimento inspirado en los supuestos de Bachelard. En el mismo, se abordó la donación y el trasplante de órganos, con el ánimo de producir conocimientos y generar eventos. El artículo está dividido en ocho momentos, pasando de la progresiva deconstrucción del sentido común hacia la afirmación científica. La creación de un entorno de dudas sobre el tema fue materia de experimentación y actualización de los acontecimientos. A partir de este material vivo es que surgieron acontecimientos capaces de inaugurar variaciones, conexiones y proliferaciones en el pensamiento y situaciones marcadas por la captura de lo establecido así como de los procesos de subjetivización cerrados sobre sí mismos.

Palabras clave: Educación. Educación en Salud. Enfermería.

Recebido em 01/07/15. Aprovado em 23/02/16.

TDAH, educação e cultura: uma entrevista com Ilina Singh (Parte I)

ADHD, education and culture: an interview with Ilina Singh (Part I)

TDAH, educación y cultura: una entrevista con Ilina Singh (Parte I)

Luís Henrique Sacchi dos Santos^(a)
Claudia Rodrigues de Freitas^(b)

^(a) Programa de Pós-Graduação em Educação, Departamento de Ensino e Currículo, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Prédio 12201, av. Paulo Gama, s/n, Campus Central, sala 807. Porto Alegre, RS, Brasil. 90046-900. luishss2009@gmail.com

^(b) Departamento de Estudos Básicos, Faculdade de Educação, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. freitascrd@gmail.com

Apresentamos aqui a primeira de uma série de três entrevistas^(c) realizadas com Ilina Singh que, no seu conjunto, explorarão aspectos de sua ampla produção acadêmica acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Priorizamos alguns dos deslocamentos operados ao longo de sua trajetória de pesquisa, os movimentos e as contingências que a levaram a empreender determinados tipos de investigação, bem como a importância de se considerar o TDAH de modo biossocial. Na segunda parte, exploraremos algumas questões acerca das possibilidades de uso de psicoestimulantes (como a Ritalina) com fins de aprimoramento (enhancement) e situaremos a questão do TDAH no âmbito da globalização ou da “saúde mental global”. A terceira parte se dedicará a ponderar algumas discussões que possibilitem pensar em termos de uma agenda política, ética, médica, social e educacional para lidar com o TDAH.

^(c) Entrevista realizada (com autorização prévia da Dra. Ilina Singh) por Luís Henrique Sacchi dos Santos, com questões realizadas por ambos os autores, em 10 de dezembro de 2014, nas dependências do 'Department of Social Sciences, Health and Medicine (SSHM)' do King's College de Londres, Reino Unido. Os recursos para a sua realização foram concedidos ao primeiro autor pelo Edital “Missão Científica de Curta Duração”, financiado pela Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PROPESQ/UFRGS). Gostaríamos de agradecer as contribuições, em diferentes momentos da elaboração do manuscrito, de Maria Isabel Edelweiss Bujes, Jonathan Henriques do Amaral e Fabiana de Amorim Marcello. Também agradecemos ao Dr. Nikolas Rose, coordenador do SSHM, pelo acesso ao Departamento, e a Irene Boston, do IB Secretarial Services, Norfolk/Reino Unido, pela transcrição.

Fonte: <https://www.psych.ox.ac.uk/team/ilina-singh>



ILINA SINGH

Ilna Singh, Doutora em Educação pela Universidade de Harvard (2000), foi professora titular de “Ciência, Ética e Sociedade” no Departamento de Ciências Sociais, Saúde e Medicina (*Department of Social Sciences, Health and Medicine*) do King’s College – Londres/Reino Unido, trabalhando igualmente para o Instituto de Psiquiatria dessa mesma instituição até dezembro de 2014. Desde janeiro de 2015 atua como professora titular de “Neurociências e Sociedade” na Universidade de Oxford/Reino Unido, em uma nomeação conjunta entre o Departamento de Psiquiatria e o *Vehiro Centre for Practical Ethics*. Seu trabalho vem examinando as implicações psicossociais e éticas relacionadas ao progresso da biomedicina e das neurociências para os jovens e suas famílias. Nesta direção, sua pesquisa tem vários objetivos: a) investigar os benefícios e os riscos das tecnologias biomédicas e neurocientíficas para as crianças; b) possibilitar a elaboração de políticas embasadas em pesquisas no que se refere à saúde da criança e às ações no campo da educação; c) e buscar um melhor alinhamento entre os conhecimentos produzidos no âmbito da teoria social e da ética com as capacidades sociais, emocionais e comportamentais das crianças. Dentre seus mais importantes projetos estão “VOICES” (Vozes sobre identidade, Infância, Ética e Estimulantes: Crianças se juntam ao debate, financiado pelo Wellcome Trust); “SNAPBY” (Levantamento das atitudes e práticas acerca do aprimoramento neural [*neuroenhancement*] entre os jovens britânicos, financiado pela STICERD); e a edição de um volume sobre biopredição, publicado em 2013 pela Oxford University Press. Seus projetos atuais incluem questões amplas sobre caráter e educação moral das crianças.

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO ACERCA DO TDAH NO BRASIL

Cara Dra. Ilna, antes de qualquer pergunta, pensamos que é necessário lhe introduzir, mesmo que brevemente, ao contexto brasileiro no que se refere ao Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH) e ao uso de Ritalina (metilfenidato), uma vez que o cenário dessa articulação mudou rapidamente nos últimos anos. Isto nos parece importante porque o principal objetivo desta entrevista é explorar alguns pontos que consideramos importantes acerca do seu trabalho, em especial suas análises acerca desses temas nos Estados Unidos e no Reino Unido, publicadas entre 2002 e 2013. Nesta direção, gostaríamos de fazer esta entrevista com o intuito de apresentar algumas das contribuições éticas, políticas e acadêmicas do seu trabalho a fim de oferecer elementos para a problematização do contexto brasileiro, principalmente no que se refere ao campo da educação, mas igualmente em sua articulação com a saúde.

Um número significativo de crianças, de todas as idades, tem sido identificado com hiperatividade desde os anos 1990 nas escolas brasileiras. Elas têm sido geralmente identificadas e encaminhadas por seus próprios professores (“tidos como legítimos diagnosticadores primários de problemas cognitivos e emocionais das crianças”^{1,2}) aos consultórios médicos mediante a “suspeita” de que estão com TDAH. Tais professores, no entanto, possuem, na maior parte dos casos, conhecimentos muito limitados sobre o tópico, ou mesmo nenhum conhecimento. A Ritalina (metilfenidato) é a droga mais consumida no Brasil quando o diagnóstico de TDAH é anunciado³. Dados levantados por diferentes pesquisas sugerem que atribuir o diagnóstico de TDAH tem sido uma prática corrente para explicar um amplo conjunto de problemas apresentados pelas crianças nas escolas. Soma-se a isso o fato desses “diagnósticos” virem, igualmente, ocupando um espaço frequente e variado nos meios de comunicação em geral, incluindo jornais, revistas e programas de televisão.

Pode-se dizer que tais diagnósticos estão atingindo níveis epidêmicos, ampliando-se rapidamente e atingindo um número crescente de crianças. Além disso, pode-se dizer que também há certo caráter de novidade na elaboração de encaminhamentos de crianças descritas como tendo TDAH. Se a literatura médica é capaz de explicar a trajetória do (que hoje chamamos) TDAH desde cerca de cem anos, o surgimento desta explicação no âmbito das escolas é algo muito mais recente. Na historiografia de educação brasileira, nas primeiras décadas do século XX, encontramos discursos higienistas e eugenistas⁴⁻⁷, mas recentemente encontramos uma nova voga de discursos biomédicos relacionados às

^(c) Na forma de um Projeto de Extensão à comunidade, o PRODAH (Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade) oferece, como uma atividade extramuros, um programa básico de formação de professores para o reconhecimento e o manejo do TDAH. Tal programa está disponível apenas para escolas públicas da cidade de Porto Alegre, empreendido na forma de palestras e discussões de casos nas escolas. Ele serve a um número limitado de escolas a cada ano, estando sob a coordenação da Dr. Sílvia Martins. Maiores informações podem ser obtidas no seguinte endereço eletrônico – <http://www.ufrgs.br/prodah/teacher-training/>.

escolas e a seus alunos. Em alguns contextos, como na cidade de Porto Alegre (RS-Brasil), alguns professores de escolas públicas estão recebendo formação específica (oferecida por especialistas em saúde^(c) para que se tornem aptos a identificar transtornos mentais entre os estudantes e, subsequentemente, os encaminhar aos especialistas em saúde (a ideia é que eles podem, então, ajudar a identificar crianças que possivelmente sofrem de patologias clínicas passíveis de diagnóstico). Os diagnósticos médicos ainda são muito importantes para a reiteração dos diagnósticos escolares e para qualquer discussão sobre os temas relacionados à hiperatividade e ao TDAH, ou mesmo para qualquer condição semelhante, não podendo, portanto, ignorar o que tem sido pesquisado nas áreas da neurologia, genética ou psiquiatria. Em outras palavras, as escolas estão delegando à medicina a autoridade para legislar sobre problemas ou questões que poderiam ser vistos como escolares ou sociais, num claro processo de medicalização. Neste sentido, entendemos que as escolas estão deixando um espaço vazio em termos pedagógicos no que se refere às suas possíveis ações ou práticas, ou, como você diz em *A framework to understanding trends*¹..., as escolas dão suporte à medicalização do comportamento das crianças e [deste modo] optam por abdicar de seus compromissos pedagógicos. No que se refere a isso, acreditamos que as escolas deveriam restabelecer seus compromissos com as crianças em outro nível político e ético, vindo a questionar, por vezes, as verdades médicas, ao mesmo tempo em que poderiam buscar maneiras não necessariamente médicas para lidar com o seu público.

Assim, considerando esta breve contextualização, temos os seguintes objetivos com esta entrevista: a) apresentar alguns aspectos de sua produção sobre TDAH para o público brasileiro mais amplo; b) explorar a sua trajetória de investigação, a fim de oferecer algumas possibilidades históricas e analíticas para melhor problematizar as questões concernentes ao TDAH, à hiperatividade, à Ritalina e ao aprimoramento (*enhancement*) no Brasil; c) destacar alguns dos principais conceitos e metodologias (como aqueles empregados para trabalhar com crianças) com que você tem operado nestes textos, com especial destaque para a articulação com o campo da educação; d) e, a partir de sua trajetória de pesquisa, ensino e participação na proposição de políticas públicas, delinear uma possível agenda ético-político-acadêmica para explorar e problematizar questões sobre TDAH, Ritalina, aprimoramento e outros tópicos relacionados no âmbito brasileiro.

Oferecemos, em 2014, um Seminário Específico com o objetivo de explorar seus textos publicados entre 2002 e 2013. Observamos que desde 2002 – ou mesmo antes – você já vinha empregando o entendimento de que não era produtivo lutar a favor da abordagem biomédica ou sócio-cultural para compreender o TDAH. Em vez disso, você vem apontando para a necessidade de compreendê-lo como efeito de um processo multifatorial. No Brasil, apesar desta compreensão (que envolve uma avaliação multidisciplinar), com base no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)*, a “prática real” tem sido a da medicalização (prescrição de medicamentos) por parte dos médicos, frequentemente seguindo as queixas advindas das escolas em detrimento dos demais fatores que deveriam ser considerados. No ano de 2014, no estado de São Paulo, por exemplo, estabeleceu-se um importante movimento a partir de um grupo de diferentes profissionais e instituições (o Fórum da Medicalização), o qual luta para estabelecer a avaliação multifatorial em termos legais para fins de diagnósticos e tratamentos do TDAH. Em outras palavras, os participantes do Fórum estão simplesmente

seguindo o que está escrito no consenso sobre o TDAH no DSM IV ou V. Nesta direção, esse movimento está desafiando a supremacia médica e farmacêutica e está, assim, obtendo efeitos importantes no que se refere ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH. Por outro lado, os médicos reclamam que este movimento é, possivelmente, prejudicial às crianças, especialmente para as mais pobres – subtraindo os seus direitos de ter um diagnóstico. Como esse processo multifatorial tem sido considerado no Reino Unido, tanto em termos de como as escolas estão assumindo-o quanto em relação ao encaminhamento de seus alunos para profissionais da área médica? Dizendo de outro modo, e como você mesma perguntou: “Como pesquisador, como se pode tentar obter múltiplas perspectivas sobre a problemática do TDAH?”

No Reino Unido isso varia. Aqui, há sistemas escolares nos quais encontramos crianças com TDAH que tendem a ter muitos comportamentos de externalização; assim, elas tendem a ser bastante agressivas, irritadas e encrenqueiras, o que vimos a chamar de uma criança travessa/desobediente. Portanto, do ponto de vista dos professores, essas crianças são desafiadoras e, por isso, elas são vistas, por vezes, como tendo dificuldades de aprendizagem associadas, constituindo-se num desafio para o sistema escolar. Realmente isso depende se o sistema escolar está preparado para lidar com uma criança como esta. Às vezes os sistemas oferecem boas condições de aprendizagem, mas na maioria das vezes eles não as têm.

Assim, creio que a clínica é realmente acionada no momento em que a escola sente que não pode mais lidar [com a criança], sendo que a maioria das clínicas no Reino Unido requererá maiores evidências por parte de pais e professores. Eu observei clínicas onde famílias inteiras são reunidas como parte da avaliação diagnóstica, com o objetivo de se poder falar sob diferentes perspectivas sobre a criança. No melhor dos casos, você tem a criança, os pais, os avós, todos reunidos em uma sala para falarem sobre o que está acontecendo com essa criança, cuja história de desenvolvimento é registrada extensivamente.

Tenho visto boas e rigorosas avaliações acontecendo. Elas tendem a acontecer em duas sessões, usualmente demoradas, que contam com muitos recursos, de modo que, creio, a criança sai com um diagnóstico multifatorial muito bom. Não acredito, contudo, que isso aconteça em todos os lugares, embora alguns psiquiatras insistam na necessidade desse processo. Penso que em outros serviços, em que há mais pressão sobre tempo e você encontra psiquiatras formados ou orientados de modo diferente, se verifica de modo mais raro este olhar holístico mais cuidadoso acerca de quem é esta criança e o que pode ser feito para ajudá-la.

Portanto, acho que isso varia. Apesar disso, no Reino Unido tal processo é ainda muito melhor do que aquele que encontramos nos Estados Unidos, porque no Reino Unido você tem que ir a um serviço especializado para obter um diagnóstico de TDAH; você tem que ver um psiquiatra, a menos que você vá para o setor privado, onde eu acho que um pediatra pode diagnosticar TDAH. Aqui, no setor público, os clínicos gerais (*General Practitioners*) encaminharão estes casos ao serviço psiquiátrico. Deste modo, acho que temos bons diagnósticos especializados, realizados cuidadosamente de maneira multifatorial.

Como temos observado uma maior pressão sobre os serviços, com mais e mais crianças buscando um diagnóstico, há rumores sobre a possibilidade de os diagnósticos voltarem a ser uma atribuição dos clínicos gerais. Acho que isso pode gerar problemas, tal como acontece nos Estados Unidos, em que você encontra clínicos gerais que não conhecem muito sobre o diagnóstico, que não assumem essa visão holística e que fazem avaliações que não olham para o modo como a criança é na escola e em casa. Nestes casos, são apenas 15 minutos e você sai com prescrição para Ritalina.

Também observamos que em seus últimos artigos você está mais preocupada em explorar o papel dos médicos (especialmente pediatras) no contexto do TDAH⁸⁻¹⁰. Em seus artigos mais antigos, como em *A framing for understanding trends...*¹, você dizia, por exemplo, “*Examino aspectos sociais, culturais e políticos deste contexto a fim de ilustrar as camadas de complexidade que se revelam quando se considera a escola como um contexto mediador/possibilitador para diagnósticos e estratégias de tratamento do TDAH nos Estados Unidos. Defendo que essa análise levanta questões difíceis sobre a validade dos diagnósticos de TDAH e*

apoia a importância de uma investigação mais aprofundada das variações nos níveis macro e micro... (p. 440). Esta preocupação ou endereçamento estão relacionados a um deslocamento na compreensão da “natureza” do TDAH ou estão simplesmente relacionados com o público dos periódicos? O que é TDAH hoje e quanto a compreensão sobre isso mudou desde 2000?

Eu considerei esta uma questão interessante porque me levou a refletir sobre a minha própria trajetória por meio dela. Acho que o que aconteceu foi que, inicialmente, entrevistei os pais, fiz o trabalho histórico [sobre o TDAH] e estava sempre presente em clínicas acompanhando avaliações clínicas, tanto nos Estados Unidos quanto no Reino Unido, mas suponho que meu interesse e minha ênfase estavam mais localizados sobre essas dinâmicas sistêmicas culturais. Uma vez terminado este trabalho, a pergunta que as pessoas ficavam me fazendo era “por que você não falou com as crianças?”. Havia realmente razões complicadas para não fazer isso, as quais pretendo responder em outra questão.

Quando eu finalmente obtive financiamento para falar com as crianças, isso teve que se dar a partir do ponto de vista da bioética porque o órgão financiador estava interessado na ética. Portanto, o que acontece quando você se move de uma abordagem sociológica para uma abordagem ética é que você desloca, pelo menos temporariamente, o foco de uma dinâmica macroestrutural para observar uma compreensão muito mais individualizada do que está acontecendo com uma criança no contexto deste diagnóstico. Eu queria ouvir das próprias crianças o que era mais importante para elas. De modo particular, queria entender melhor a relação entre o diagnóstico e o tratamento de TDAH com base em conceitos importantes dentro da crítica bioética ao TDAH: autenticidade; agência moral e responsabilidade pessoal. Os bioeticistas tinham enquadrado o tratamento medicamentoso do TDAH, em particular, como potencial ameaça a esses princípios. Eu queria ouvir as crianças para que elas me ajudassem a compreender a natureza dessas ameaças, se é que elas realmente existiam. É claro, descobrimos que a situação é mais complicada do que parece; que, em alguns casos, há ameaças à autenticidade, mas que em outros – e esta foi uma forte conclusão do estudo “Vozes” do TDAH – as crianças relataram que o tratamento medicamentoso ajudou a proteger sua agência moral.

Para voltar à pergunta anterior sobre o papel dos profissionais no contexto do TDAH: as crianças também falaram sobre seus professores e sobre os profissionais de saúde que encontraram. Quando você assiste aos vídeos do “Vozes” do TDAH^(d), há tópicos sobre professores e médicos. Alguns desses tópicos têm sido vistos como problemáticos por parte dos professores, pois eles argumentam que você tem de observar a dinâmica da sala de aula a fim de compreender como a criança está atribuindo sentido àquilo que o professor está fazendo, e que as crianças com TDAH eram extremamente negativas em relação ao professor.

Eu acho que tais argumentos são justos, pois precisamos de um estudo que tenha alguém presente naquelas salas de aula, ou alguém que seja capaz de observar essas salas de aula para realmente entender “quais são as dinâmicas e em que medida uma criança (que já está sempre com problemas e sendo rotulada como travessa/desobediente e difícil) percebe o professor como negativo quando talvez ele esteja tentando ajudar?” Nós não sabemos.

Agora, um de meus orientandos de doutorado, Sebastian Rojas Navarro^(e), do Chile, está fazendo algo nesta direção. Ele está realizando uma pesquisa observacional no sistema escolar chileno. Também devo dizer que, certamente, não seria possível fazer esse tipo de trabalho nos Estados Unidos, neste momento. Mas Rojas foi capaz de negociar um acesso fantástico às escolas no Chile. De um ponto de vista pragmático, o acesso pode ser uma barreira real para se pesquisar

^(d) Os vídeos podem ser acessados no link: <http://www.adhdvoices.com/adhdvideos.shtml>

^(e) Para maiores informações, vide: <http://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/sshm/people/PhDStudents/sebastianrojasnavarro.aspx>

nas escolas, e os países variam muito em relação às possibilidades de acesso que concederão aos investigadores, sobretudo tendo em conta as controvérsias sobre o TDAH.

Em relação aos médicos, passei um bom tempo realizando observações em clínicas e salas de espera a fim de entender como as crianças poderiam vir a se sentir excluídas dos processos de avaliação, diagnóstico e tratamento. Como já referi, as práticas clínicas variam: algumas crianças e famílias são muito bem tratadas enquanto muitas outras se sentem desconectadas do processo clínico. Não creio que este seja um aspecto do olhar clínico sobre o TDAH que tenha mudado muito, uma vez que há uma pressão sobre os serviços médicos, sobrecarregados com listas de espera. No entanto, na medida em que o TDAH se torna mais amplamente conhecido e visto de modo mais legítimo, certamente, mais famílias considerarão o diagnóstico como uma forma potencial de classificar os desafios pelos quais uma dada criança está passando. Isto é particularmente verdadeiro – é claro – no caso de uma escola não poder lidar com uma criança, situação na qual os serviços médicos serão pressionados.

Você defendeu a integração de abordagens biomédicas e socioculturais, pelo menos desde o início do ano 2000. Como você vê essa perspectiva hoje? Especialmente se considerarmos [a despeito dos argumentos de Nikolas Rose¹¹, e o fato de que, apesar do conhecimento crescente, a integração destas duas perspectivas – biomédica e sociocultural – continua limitada] que ainda há uma forte hegemonia da verdade biomédica em relação ao diagnóstico e ao tratamento do TDAH (mesmo na ausência de biomarcadores).

Este problema da hegemonia biológica ainda permanece em nossos dias, de modo que não imagino que possamos ver um retorno à hegemonia do social. Creio que é muito instrutivo prestarmos atenção e observamos quais são as agências financiadoras mais poderosas que disponibilizam recursos no momento – como sabemos, os Institutos Nacionais de Saúde (NIH) estão, agora, centrando o foco em biomarcadores. Imagino que as agências financiadoras seguirão esta mesma direção em muitos países.

No entanto, ironicamente, também creio que há mais interesse no que concerne ao social do que jamais houve, e isso é, de um lado, decorrente das teorias epigenéticas, e de outro lado, porque as pessoas estão começando a entender que o social ou o meio ambiente medeia e modula todos os diagnósticos psiquiátricos em termos de desenvolvimento. Contudo, se constitui num desafio empírico difícil descobrir como isso funciona exatamente, estabelecendo causalidade, em vez de correlação. Podemos assumir uma posição teórica que entenda que o biológico e o social estão entrelaçados desde o início, e a seguir, a partir de um ponto de vista sociológico, podemos ir adiante para melhor entender esse entrelaçamento. Há excelentes trabalhos sendo realizados neste momento nos Estudos da Ciência e da Tecnologia (STS) e na Sociologia. Entretanto, se fôssemos cientistas de laboratório, observando na direção de testar como fatores independentes produzem certos resultados, e qual desses fatores é mais importante, o conceito de “entrelaçamento biossocial” complicaria, então, seriamente um protocolo de pesquisa científica. Certamente os mecanismos desse entrelaçamento são ainda pouco compreendidos, razão pela qual há uma tendência para se concentrar nos poucos mecanismos que têm sido pesquisados, como a metilação e a formação de histonas na pesquisa epigenética.

É importante também destacar que no âmbito da oferta dos serviços de saúde em psiquiatria – ou, poderíamos dizer, do lado do cuidado –, o social é o que mais preocupa a maioria dos profissionais de saúde. Creio, por exemplo, que há um reconhecimento geral de que os resultados do tratamento não são apenas produtos dos efeitos biológicos, mas que eles também estão relacionados aos recursos e às contribuições do ambiente social de cuidado.

Venho utilizando, há muitos anos, um modelo ecológico – proposto por Urie Bronfenbrenner – em minhas investigações. Trata-se de um modelo bastante conhecido e amplamente citado, mesmo que seja [empregado] de modo tão geral a ponto de poder ser útil heurísticamente. Apesar disso, o modelo é melhor do que outros que tenho visto na literatura, pois nos ajuda a compreender o contexto de desenvolvimento de uma criança (que aqui é colocada como central), permitindo que possamos nos mover de influências de nível micro à médio e, em seguida, de médio às de nível macro. Bronfenbrenner argumentou que a dinâmica de influências dentro do modelo era bidirecional, de modo

⁽⁴⁾ A entrevistada possivelmente está fazendo referência ao livro *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America* (University of California Press, 1995).

que é possível entender que a criança foi influenciada por [distintos] fatores através desses sistemas, mas que ela também exerceu influência sobre eles. Em um nível mais amplo, ele parece ser um modelo inicial de entrelaçamento biossocial, daí eu ter achado essa ideia de nicho ecológico tão poderosa. Teóricos sociais, tais como Ian Hacking e Bruno Latour, elaboraram modelos mais complexos de envolvimento biossociais, mas sem a ênfase associada acerca da contribuição da biologia. Na minha opinião, o exemplo mais forte da teoria social a este respeito é o famoso trabalho de Margaret Lock⁽⁴⁾ no Japão, mostrando a corporificação das forças sociais nos ciclos reprodutivos das mulheres. Todos nós estamos falando sobre processos de coisas semelhantes, mas nossos interesses e ênfases diferem. Meus interesses são “como o comportamento de uma criança representa esse entrelaçamento entre o biológico e o social? Como a compreensão da dinâmica biossocial nos ajuda a entender onde podemos fazer boas intervenções a fim de auxiliarmos as crianças a lidarem melhor com seus desafios?”.

Outra pergunta que você me fez foi “se o TDAH é um transtorno efetivo”. Encontrei crianças diagnosticadas com um amplo espectro de capacidades cognitivas e comportamentais, mas também apresentando uma ampla gama de danos. O TDAH não é uma desordem categórica – ele é dimensional. Podemos questionar se as crianças que possuem um nível mais baixo [de transtorno numa distribuição classificatória] deveriam ser diagnosticadas e medicadas, e a resposta provavelmente seria que as crianças não precisariam de uma solução médica para as suas dificuldades se houvesse ambientes escolares e familiares com maior apoio e recursos – tanto elas quanto os cuidadores adultos em suas vidas poderiam aprender a lidar [com a situação] de maneiras diferentes. Isso é diferente para aquelas crianças que estão na outra extremidade [classificadas num nível mais extremo]. Entretanto, em todo o espectro, o que ouvi das crianças repetidas vezes foi que aquilo com que elas lutavam era o autocontrole.

Assim, chegamos à ideia que Russell Barkley apresentou anos atrás¹, qual seja, a de que o TDAH é um distúrbio de autocontrole. Eu sempre pensei que tal ideia se constituía numa compreensão terrível, porque ela era muito estrita e muito focada em funções executivas. Barkley argumenta que é precisamente por isso que o diagnóstico do TDAH não é uma questão *moral*. É claro, do ponto de vista da filosofia moral, o autocontrole tem tudo a ver com ética, ou com a capacidade de agir de acordo com os princípios e valores mais elevados que operam em uma sociedade. Em qualquer caso, a dificuldade com o autocontrole é o que você ouve de crianças, que contam todos os tipos de histórias sobre isso. Quando você pede para as crianças descreverem seus comportamentos em sala de aula, no recreio, em casa, fica absolutamente clara a circulação da dinâmica biossocial nesses espaços. O autocontrole não diz respeito apenas a uma questão biológica, embora haja uma contribuição biológica em qualquer dimensão comportamental.

O exemplo que eu gostaria de dar para mostrar tais dinâmicas biossociais é relativo ao *playground* no Reino Unido. O parque infantil é um lugar terrível para uma criança que tem problemas de autocontrole, porque ali elas são intimidadas, provocadas, contidas. Eu tentei mostrar isso na publicação de 2011, no *Social Science and Medicine*¹²: os modos através dos quais o autocontrole é incorporado como uma resposta aos desafios ambientais. Com base na minha pesquisa, eu diria que um espaço de intervenção primária no contexto do Reino Unido é o *playground*. E eu iria ainda mais longe ao dizer que a cultura do *playground* deveria mudar *antes* que alguém comece a tentar mudar a biologia individual. Aqui, contudo, estou fazendo uma afirmação sobre a causalidade, e tenho que admitir que isso ainda não está comprovado.

Segundo nosso entendimento, fica muito claro em sua produção acadêmica, entre 2002 e 2013, um tipo de programa de pesquisa (possivelmente organizado em três fases amplas: a) discutir aspectos mais históricos, as escolas e o processo de escolarização, e a relação mãe-criança nos discursos médicos, psicológicos e de senso comum relacionados com o TDAH e a Ritalina; b) o Projeto “Vozes” (Vozes sobre a Identidade, Infância, Ética e Estimulantes: as crianças se juntam ao debate – <http://www.adhdvoices.com/>) e a evocação política, ética e acadêmica da agência das crianças; c) e a contribuição para o debate sobre o aprimoramento (*enhancement*) e a necessidade de estabelecer formas para pesquisar e lidar com ele em termos jurídicos, médicos, de políticas públicas, etc.). Além de sua contribuição sobre o tema TDAH, também estamos interessados em ouvir o que você tem a dizer sobre alguns aspectos desse programa de investigação. Tal programa foi concebido em termos gerais no início dos anos 2000 ou mesmo anteriormente? Como as evidências de campo, as contingências da investigação e o contexto de cada momento constituíram uma rota que (olhando para trás) parece ter sido muito bem delineada em sua trajetória de pesquisa? Ou, de modo mais simples, você poderia falar um pouco mais sobre como você vê a trajetória da sua própria investigação sobre TDAH?

Estou contente que você tenha visto coerência! Claro que a realidade é diferente. Eu fui uma estudante desmotivada por um longo tempo, mas quando cheguei ao meu segundo ano universitário alguma chama se acendeu e eu caí de amores pela vida acadêmica – especificamente, em primeiro lugar, com a literatura. Eu acabei começando um doutorado em literatura inglesa, quando tinha vinte anos, logo após terminar meus estudos de graduação. Após um ano, eu pensei: “Eu não sei se eu ainda quero fazer um doutorado em literatura inglesa, ‘então, por que não posso dar um tempo?’”.

Eu ensinava língua inglesa em uma escola secundária, e foi exatamente no momento em que muitas crianças nos Estados Unidos começaram a sair dos consultórios que lidavam com dificuldades de aprendizagem para ir aos seus pediatras e voltarem para a escola com este diagnóstico chamado de TDAH – e com a medicação. Eu estava tremendamente cética [quanto a isso], e acabei achando esse seria um tema muito interessante para eu pesquisar. Investiguei os programas de pós-graduação mais próximos, na área da educação, e achei – a bem da verdade – todos insatisfatórios. A Universidade de Harvard, contudo, tinha um doutorado em um campo chamado Desenvolvimento Humano e Psicologia, que era um lugar que reuniu pesquisadores advindos de outros programas que tinham sido reorganizados em Harvard. Esses programas tinham se constituído em espaços interdisciplinares maravilhosos para antropólogos, sociólogos e alguns psicólogos, mas que vieram a ser circunscritos porque o mundo do pensamento disciplinar tinha sido suplantado. Alguns anos depois de eu ter concluído o curso, esse programa de Desenvolvimento Humano e Psicologia também foi fechado – ou renomeado. Você pode achar isso irônico: agora o programa se chama Mente, Cérebro e Educação!

Nesse Programa fui orientada pela professora Carol Gilligan, cujo trabalho seminal sobre o desenvolvimento moral das meninas se fundamentou contra a teoria dos estágios de desenvolvimento clássicos, os quais viam as meninas e as mulheres como inferiores na conquista da sua maturidade moral quando comparadas aos homens. Eu também tive a sorte de me tornar bolsista da *MacArthur Foundation, Mind, Brain, Behaviour*, o que me permitiu passar muito tempo no Departamento de História e Filosofia da Ciência com a professora Anne Harrington, que tinha realizado muitos trabalhos sobre a história das neurociências e da psiquiatria. Foi nesse momento que iniciei minha formação em filosofia e sociologia.

Assim, tive esta grande e rica experiência de doutorado, a qual tentei trazer para minha tese, cujas perguntas centrais ainda eram sobre TDAH. Eu ainda não era mãe na época e voltava sempre para uma preocupação fundamental: “Por que os pais levavam uma criança que não estava se comportando a uma clínica e, a seguir, concordavam em lhe dar a medicação?”. Para mim, parecia extraordinário que isto pudesse ser uma possibilidade, de modo que comecei a frequentar ambientes clínicos, observando um grupo de neuropsicólogos trabalhando com essas crianças.

A seguir, comecei a entrevistar os pais das crianças, e o que eu percebi quase imediatamente foi que a crítica sobre o TDAH pode erroneamente soar como se houvesse uma resposta simples para o problema: maus pais. Na verdade, isto é extremamente complicado, pois há muito sofrimento na

situação, dos pais individualmente, no relacionamento conjugal e na relação pais-filhos. Em especial, as mães eram vistas como culpadas e se sentiam terrivelmente responsáveis pelo que estava acontecendo (geralmente) com seus filhos¹³⁻¹⁵. Para entender isso, reli grande parte da literatura feminista que tinha reunido, pela primeira vez, em meus estudos de doutorado em literatura inglesa, a qual tendia a apresentar uma visão psicanalítica da dinâmica de gênero. Para entender isso no contexto mais amplo, investiguei a teoria social e, em seguida, adicionei a pesquisa histórica sobre Ritalina e TDAH à mistura – que confusão! Cada capítulo da tese foi finalmente publicado como um artigo entre 2002 e 2004, depois que concluí o doutorado.

Depois disso retornei para a Europa e me inseri no Centro de Pesquisa da Família, na Universidade de Cambridge, trabalhando com o professor Martin Richards. Sua formação inicial foi em zoologia, mas ele migrou para a psicologia do desenvolvimento. Ele era, e é, um fantástico incentivador para se pensar além das linhas disciplinares. Mais tarde, quando conheci Nik[olas] Rose, comecei a ler muito mais sobre sociologia do que havia lido antes, e comecei realmente a pensar sobre este problema da docilidade e do poder disciplinar, bem como sobre o modo como isso pode se exercer sobre a criança.

Contudo, jamais esqueci minhas muitas experiências de observação em clínicas, ouvindo os desafios que as crianças e os seus pais enfrentavam. Muito frequentemente, dilemas de pessoas reais que não eram muito bem mapeados na teoria social. Quando olhamos para a complexidade das vidas vividas, você muitas vezes sente que a teoria social tinha uma explicação inadequada daquela complexidade, embora ela possa esclarecer alguns dos seus aspectos, e certamente possa ajudar a compreender algumas das preocupações estruturais que possamos ter. Essas influências teóricas me ajudaram a compreender o que poderia estar acontecendo em um sentido disciplinar, mas não sabia o que fazer com minha perspectiva desenvolvimentista de que a socialização da criança é uma obrigação dos pais e, de fato, societal. Então a questão é: onde você pode realmente exercer uma crítica de modo que não deixe a criança à mercê da crítica? Para mim, esta foi uma questão muito presente.

Entre 2000 e 2004 tive meus próprios filhos, exercendo a vida acadêmica de modo parcial. Nesse período, comecei a buscar editais de financiamento a fim de realizar pesquisas com crianças e compreender suas experiências em termos das ameaças éticas associadas ao diagnóstico do TDAH e do tratamento com medicamentos. Devo ter submetido projetos a cinco ou seis agências financiadoras e todas questionavam a mesma coisa: “como você pode conversar com as crianças sobre esses tipos de problemas? As crianças não podem lhe dizer coisa alguma, elas não são confiáveis, vão dizer apenas aquilo que seus pais lhes disseram”. Então ficou claro que, além das muitas formas arraigadas de pensar sobre a docilidade das crianças e sua aparentemente inerente falta de agência, também havia uma falha metodológica: ninguém tinha desenvolvido ferramentas para falar com as crianças sobre esses tipos de problemas.

Assim, grande parte do trabalho que conduzi no “Vozes”, financiado pelo Wellcome, foi na direção de tentar desenvolver essas metodologias de uma forma que respeitasse algumas das questões e fatores sociológicos que eu sabia serem importantes, mas igualmente respeitando a psicologia do desenvolvimento que eu conhecia – a qual entende que as crianças são capazes de raciocínio e pensamento reflexivo, e que todos nós refletimos, em certa medida, as normas sociais. Você tem apenas que encontrar maneiras de inserir essas crianças de modo que tal inserção também desafie essas normas.

Quando submeti o Projeto Vozes ao Wellcome Trust, registrei-o no Programa de Ética Biomédica. [Isso porque] esta agência financiadora [Fundação Wellcome Trust] estava à procura de pessoas que empreendessem trabalhos empíricos em bioética, o que era, e ainda é, um desafio metodológico, porque não temos certeza suficiente acerca de como combinar pesquisa empírica e análise normativa. Eu submeti [o projeto] no momento certo, com a combinação certa de interesses e habilidades, e eles me financiaram generosa e entusiasticamente.

Foi assim que me tornei alguém que é vista como uma bioeticista! Acho que às vezes os sociólogos sentem como se o meu trabalho com as crianças desde o ponto de vista da bioética tivesse, em certo sentido, abandonado alguns dos valores sociológicos que eu prezava. Trata-se, contudo, apenas de uma mudança temporária de ênfase.

Referências

1. Singh I. A framework for understanding trends in ADHD diagnoses and stimulant drug treatment: schools and schooling as a case study. *Biosociet*. 2006; (1):439-52.
2. Singh I. ADHD, culture and education. *Early Child Dev Care*. 2008; 178(4):347-61.
3. Ortega F, Barros D, Caliman L, Itaborahy C, Junqueira L, Ferreira CP. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(34):499-510.
4. Veiga CG. A escolarização como projeto de civilização. *Rev Bras Educ*. 2002; (21):90-103.
5. Gondra JG. Homo hygienicus: educação, higiene e a reinvenção do homem. *Cad CEDES*. 2003; 23(59):25-38.
6. Rocha HHP. A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo (1918-1925). Campinas: Mercado das Letras; 2003.
7. Stephanou M. Bem viver em regras: urbanidade e civilidade em manuais de saúde. *Educ Unisinos*. 2006; 10(1):35-44.
8. Ragan CI, Bard I, Singh I. What should we do about student use of cognitive enhancers? An analysis of current evidence. *Neuropharmacol*. 2013; (64):588-95.
9. Singh I, Filipe AM, Bard I, Bergey M, Baker L. Globalization and cognitive enhancement: emerging social and ethical challenges for ADHD clinicians. *Curr Psychiatry Rep*. 2013; 15:385 DOI: 10.1007/s11920-013-0385-0.
10. Singh I, Baker I. Adhd and stigma: the role of environmental factors. *ADHD Practice*. 2013; 5(2):4-7.
11. Rose N. The human science in a biological age. *Theory Cult Soc*. 2013; 30(1):3-34.
12. Singh I. A disorder of anger and aggression: children's perspectives on attention deficit/hyperactivity in the UK. *Soc Sci Med*. 2011; (73):889-96.
13. Singh I. Bad boys, good mothers, and the "miracle" of Ritalin. *Sci Context*. 2002; (15)4:577-603.
14. Singh I. Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Soc Sci Med*. 2004; 59(6):1193-205.
15. Singh I. Will the "real boy" please behave: dosing dilemmas for parents of boys with ADHD. *Am J Bioeth*. 2005; 5(3):34-47.

Palavras-chave: TDAH. Ritalina. Medicalização. Aprimoramento.

Keywords: ADHD. Ritalin. Medicalization. Enhancement.

Palabras clave: TDAH. Ritalin. Medicalización. Mejora.

Submetido em 23/06/16. Aprovado em 24/07/16.

ADHD, education and culture: an interview with Ilina Singh (Part I)

Luís Henrique Sacchi dos Santos^(a)
Claudia Rodrigues de Freitas^(b)

^(a) Programa de Pós-Graduação em Educação, Departamento de Ensino e Currículo, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Prédio 12201, av. Paulo Gama, s/n, Campus Central, sala 807. Porto Alegre, RS, Brasil. 90046-900. luishss2009@gmail.com

^(b) Departamento de Estudos Básicos, Faculdade de Educação, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. freitascrd@gmail.com

Here is the first in a series of three interviews^(c) with Ilina Singh that, as a whole, will explore aspects of her wide academic production on Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). We prioritize some of the shifts operated along her trajectory of research, the movements and contingencies that led her to undertake certain types of research, and the importance of considering the biosocial understanding of ADHD. In the second part, we will explore some questions about the psychostimulant use possibilities (such as Ritalin) with enhancement purposes and will discuss the issue of ADHD in the context of globalization or “global mental health”. The third part will consider some discussions that enables us to think in terms of a political, ethical, medical, social and educational agenda to deal with ADHD.

^(c) Interview (previously authorized by Professor Ilina Singh) made by Luís Henrique Sacchi dos Santos, with questions made by both authors, at the Department of Social Sciences, Health and Medicine (SSHM) of King's College - London/UK, in 10th December of 2014. Resources obtained by the first author through “Short Scientific Mission” by Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PROPESQ/UFRGS). We would like to thank to Maria Isabel Edelweiss Bujes, Jonathan Henriques do Amaral and Fabiana de Amorim Marcello for their comments over the manuscript. We also would like to thank Dr. Nikolas Rose, head of SSHM, for all permissions, and to Irene Boston, from IB Secretarial Services, Norfolk/UK, for the transcription.

Fonte: <https://www.psych.ox.ac.uk/team/ilina-singh>



ILINA SINGH

Ilna Singh, Doctor of Education by Harvard University (2000), was Professor of Science, Ethics & Society in the Department of Social Science Health and Medicine of Kings College – London/United Kingdom (UK), and was cross-appointed to the Institute of Psychiatry until December 2014. Since January 2015, she is Professor of Neuroscience and Society at Oxford University, in a joint appointment between the Department of Psychiatry and the Vehiro Centre for Practical Ethics. Her work examines the psychosocial and ethical implications of advances in biomedicine and neuroscience for young people and families. Her research has several goals: a) to investigate the benefits and risks of biomedical and neuroscience technologies for children; b) to enable evidence-based policy-making in child health and education; c) and to bring social theory and ethical insights into better alignment with children’s social, emotional and behavioral capacities. Current projects include the VOICES project (Voices on Identity, Childhood, Ethics & Stimulants: Children join the debate – funded by the Wellcome Trust); SNAPBY (Survey of neuroenhancement attitudes & practices among British young people – funded by STICERD); and an edited volume on bio-prediction published in 2013 by Oxford University Press. Future work includes a major project on character and children’s moral education.

BRIEF BACKGROUND ABOUT ADHD IN BRAZIL

Dear Professor Ilna, before any question, we think it is necessary to introduce you briefly to the Brazilian context of ADHD and use of Ritalin, which changed rapidly in recent years. This is important because the main objective of this interview is to explore some important points of your work analyzing the contexts of this topic in USA and UK, published between 2002 and 2013. We would like to do this interview in order to bring some of the ethical, political and academic contributions of your work to problematize the Brazilian context, mostly in terms of education.

A significant number of children have been identified as hyperactive in Brazilian schools from 1990’s. They are usually identified by teachers (“as legitimate primary diagnosticians of children’s cognitive and emotional problems”^{1,2}), with any or limited expertise about the topic, who are forwarding children of all ages to medical offices with “suspicious” of having ADHD. Ritalin (*methylphenidate*) is the drug most consumed in Brazil when the diagnoses of ADHD is announced³. Anecdotal data suggests that to appoint some children with ADHD is a current practice to explain any problem at schools. Also, this “diagnoses” has been occupying a frequent and varied space in media in general, including newspapers, magazines and television programs.

It can say that such a diagnoses is reaching epidemic levels, extending quickly and reaching a burgeoning number of children. There is some novelty in reporting on children described as having ADHD. If the medical literature is capable of explaining a trajectory of (what today we call) ADHD as long as a hundred years ago, the emergence of this explanation on schools is much more recent. In the first decades of the 20th Century we observed the hygienic and eugenic discourses in the Brazilian education⁴⁻⁷, but now we have a new investiture of medical discourses over schools and students. In some contexts, like in the city of Porto Alegre (RS-Brazil), some teachers in public schools are receiving training (offered by health experts^(c)) to become capable of identifying mental disorders among students and to forward them to health experts (the idea is that they could be

^(c) As a community extramural activity, PRODAH (Programa de Transtornos de Déficit de Atenção/Hiperatividade) offers a basic program of training teachers for the recognition and management of ADHD. This program is available only for public schools in the city of Porto Alegre/RS-Brazil. Lectures and case discussions are held at the school. The program serves a limited number of schools each year. The coordination of this activity is in charge of Dr. Sílvia Martins and further information can be obtained in the following site address - <http://www.ufrgs.br/prodah/teacher-training/>.

helping to identify children who possibly are suffering of clinical and diagnosable pathologies). The medical diagnoses is still very important to the usually lay diagnoses that schools' discourses are producing over children and any discussion about the topics of hyperactivity and ADHD, or even a similar possible condition, cannot ignore what has been researched in the fields of neurology, genetics and psychiatry. In other words, schools are calling medicine and giving to this field the authority to legislate over problems or questions that would be seen as schools' or social's problems, in a clear process of medicalization. We believe that schools are letting a pedagogical empty space in their practices, or, as you say in *A framework to understanding trends...* schools support the medicalization of behavior in children and opt out of their pedagogical commitments. We also believe that schools would accept their commitments with children in another political and ethical level, sometimes questioning the medical truths and trying to find non-medical ways to deal with their public.

Considering this context, we have the following objectives in this interview: a) to introduce your work to a larger Brazilian audience; b) to explore your research's trajectory in order to offer some possible ways to better explore topics about ADHD, hyperactivity, Ritalin and enhancement in Brazil; c) to detach some of the main concepts and methodologies (like that employed to work with children) you have operated in these texts, specially their articulation with the field of education; d) and to listen from you, based on your trajectory of research, teaching and in public political positions to delineate a possible political, ethical and academic agenda to explore the issues over ADHD, Ritalin, enhancement and other related topics in the Brazilian context.

Recently, we offered a seminar for graduate students to explore your texts from 2002 to 2013. We observed that since 2002 – or even before – you have employed the understanding that it is not productive to fight in favour of the biomedical or socio-cultural approach to understand ADHD. Instead, you have been signaling the necessity to comprehend it as an effect of a multifactorial process. In Brazil, despite this comprehension based in the Diagnostic and Statistical Manual (DSM) (of a multidisciplinary evaluation), the “real practice” has been that of medicalisation (prescription of pills) made by doctors frequently following the complaints from schools over other factors. In this year of 2014, in São Paulo – Brazil, for example, there was an important movement of a group of different professionals and institutions (the *Medicalisation Forum*) fighting to stablish the multifactorial evaluation in legal terms to the diagnoses and treatment of ADHD. In other words, they are simply following what is written in the consensus about ADHD in the DSM IV or V. This movement is challenging the medical and pharmaceutical supremacy and is having important effects in the diagnoses and treatment of ADHD. On the other side, doctors in general are complaining that this movement is possibly damaging children, specially the poor ones – taking off their rights of/to diagnoses. How this multifactorial process has been considered in UK, both in terms of how schools are considering it and the forwarding of their students to medical professionals? Alternatively, as you said, “How does one try to gain multiple perspectives on the problematics of ADHD as a researcher?”

In the United Kingdom, it varies. There are school systems where the child with ADHD in the UK we've found tends to be a child who has often got a lot of externalising behaviour; so they tend to be quite aggressive and angry and

troublemakers and what we call in the UK a naughty child. Therefore, from a teacher's point of view, these children are challenging kids and then they sometimes have associated learning difficulties so they tend to be challenging in the school system. It really depends on whether the school system is equipped to manage a child like this and sometimes they have very good learning services; most often, they do not.

Therefore, I think the clinic gets pulled in really at the point where the school feels it can't cope and when the clinic is pulled in, most clinics in the UK will still ask for evidence from teachers and parents. I have seen clinics where entire families are brought into the clinic as part of the diagnostic evaluation to talk about various perspectives on the child. In the best possible sense, you have the child, the parents, the grandparents, all in a room talking about what is happening with this child and a very long developmental history is taken.

I have seen rigorous good evaluations happening. They tend to take two sessions and they are very time consuming, they are very resource intensive and then I think the child walks away with a very good multifactorial diagnosis. I do not think that happens everywhere but some psychiatrists insist on that process. I think in other services where there is more pressure on time and you have psychiatrists who are oriented differently or trained differently, you get less of that very careful holistic look at who this child is and what can be done to help the child.

Therefore, I think it varies. Despite this, UK is still much better than America because in the UK you have to go to a specialist service to get an ADHD diagnosis; you have to see a psychiatrist, unless you go to the private sector where I think a paediatrician can diagnose ADHD. Here, in the public sector, General Practitioners (GPs) will refer to the psychiatric service. Therefore, you should get very good specialist diagnoses that are done in this very careful multifactorial way.

As we see more pressure on services coming with more and more children entering for a diagnosis, there is some talk about returning the diagnosis to the GPs. I think that is where problems would arise: as in America, where you get GPs who don't know very much about the diagnosis, who don't take this holistic view, who don't do assessments that look at how the child is at school and home and it's just 15 minutes and you walk about with some Ritalin.

We also observed that in your last papers you are more preoccupied to explore the role of medical professionals (especially paediatrics) concerning the ADHD context⁸⁻¹⁰. In your former papers, like *A framing for understanding trends ...*¹, you say, for example, "*I examine social, cultural and political aspects of this context in order to illustrate the layered complexities that reveal themselves when considering the school as a mediating context for US ADHD diagnoses and treatment strategies. I argue that such an analysis raises challenging questions about the validity of ADHD diagnoses and supports the importance of further investigation of macro- and micro-level variations...*" (p. 440). Are this preoccupation or addressing related to a shift in the comprehension of "the nature" of ADHD or it is simply related to the journal's audiences? What is ADHD today and how much the comprehension about it has changed since 2000?

I found this an interesting question because it led me to reflect on my own journey through this. I think what happened, early on I interviewed parents and I did the historical work and I was always sitting in clinics watching clinical evaluations, both in America and in the UK, but my interest and my emphasis I suppose was much more on these cultural systemic dynamics. Once I had finished that work, the question people kept asking me was "why haven't you spoken to children?" There were actually complicated reasons for that which I can go into in another question.

When I finally did get funded to talk to children, it had to be from a bioethics point of view because the funder was interested in ethics. Therefore, what happens when you move from a sociological approach to an ethical approach is that you shift, at least temporarily from attending to a macro-structural dynamic to attending to a much more individualised understanding of what is happening for a child in the context of this diagnosis. I wanted to hear from children themselves what mattered most to them. I wanted to better understand, particularly, the relationship between ADHD diagnosis and treatment on concepts that are strong within the bioethical critique of ADHD:

authenticity, moral agency, and personal responsibility. Bioethicists had framed drug treatment of ADHD in particular as potential threats to these 'goods.' I wanted children to help me understand the nature of those threats, if they did indeed exist. Of course, what we discovered was that the picture is more complicated than it appears; that in some senses, there are threats to authenticity, but in others – and this was a strong finding of the ADHD Voices study – children reported that drug treatment helped protect their moral agency.

To go back to your earlier question about the role of professionals in the ADHD context: Children also talked about their teachers and the health professionals they met. When you look at the ADHD Voices videos^(d), there is material on teachers and doctors. Some of that material has been problematic for teachers. They argue that you have to observe the classroom dynamic in order to understand how the child is making sense of what the teacher is doing, and the children with ADHD were just extremely negative about the teacher.

I thought that that was fair; that we need a study where someone is sitting in those classrooms, or someone is able to observe those classrooms, to really understand: "what are the dynamics and how much does a child (who is already always in trouble and labelled as being naughty and difficult) perceive the teacher to be negative when perhaps the teacher is trying to be helpful?". We do not know.

Now a PhD student of mine is doing some of this work: Sebastian Rojas Navarro^(e) from Chile. He is conducting observational research in the Chilean school system. I should also say that I think doing that kind of work; certainly, you cannot do it in the US now. He was able to negotiate fantastic access to schools in Chile. From a pragmatic point of view, access can be a real barrier to research in schools, and countries vary a lot in how much access they will allow researchers, particularly given the controversies over ADHD.

In terms of clinicians, I had spent enough time sitting in clinics and waiting rooms to understand how children could come to feel alienated from the processes of evaluation, diagnosis and treatment. As I said before, clinical practices vary; some children and families are cared for really well; but many others felt disconnected from the clinical process. I do not think this is an issue of the clinical view on ADHD changing so much as it is a pressure on services that are overwhelmed with waiting lists. But certainly as ADHD becomes more widely known and viewed as more legitimate, more families are going to consider diagnosis as a potential way of framing the challenges a particular child is having. This is particularly true – of course – if a child's school cannot manage him or her. So clinical services are going to feel that pressure.

You have defended the integration of biomedical and sociocultural approaches at least from the beginning of 2000. How do you see this perspective today? Especially if we consider [despite the arguments of Nikolas Rose¹¹, b) and the fact that, despite the burgeoning of knowledge, the integration of these two perspectives - biomedical and sociocultural] that still there is a strong hegemony of the biomedical truth regarding ADHD (despite the lack of biomarkers) diagnoses and treatment.

This problem of the hegemony of the biological is with us this day. I do not imagine that we will see a shift back to the hegemony of the social. I think it is very instructive to look to see what are the most powerful funders funding at the moment and, as we know, the National Institutes of Health (NIH) is now moving to a focus on biomarkers. I think funders in many countries will go that direction as well.

^(d) Access through the following link: <http://www.adhdvoices.com/adhdvideos.shtml>

^(e) For further information, see: <http://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/sshm/people/PhDStudents/sebastianrojasnavarro.aspx>

But ironically, I also think there is more interest in the social than there has ever been, and that is partly because of epigenetic theories and it is partly because people are beginning to understand that the social, or the environment, mediates and moderates all the developmental psychiatric diagnoses. But it is a difficult empirical challenge to find out exactly how that works, and to establish causality rather than correlation. We can take a theoretical position that says that the biological and the social are entangled from the start, and then from a sociological point of view, we can go forward to better understand that entanglement. There is terrific work on this within science technology studies (STS) and sociology going on right now. However, if we were scientists, looking to test how independent factors produce certain outcomes, and which of those factors is most important, then the concept of 'biosocial entanglement' seriously complicates a scientific research protocol. Certainly the mechanisms of that entanglement are still poorly understood, which is why there is a tendency to focus on the few mechanisms that have been researched, such as methylation and histone formation in epigenetics research.

It is also worth noting that in the health services delivery side of psychiatry, or we might say the care side, the social is most of what health practitioners care about most. I think it is generally recognised that treatment outcomes, for example, are not just products of biological effects of treatment, but are also bound up in the resources and contributions of the social care environment.

I have been using an ecological model in my work for many years – the one by Urie Bronfenbrenner. It is very well known and widely cited, even though it is so general as to be useful mainly as a heuristic. However, the model is better than other models that I have seen in the literature because it helps us understand the developmental context of a child (who sits in the centre of that model), moving from micro-level influences, to meso-level and then to macro-level influences. Bronfenbrenner argued that the dynamic of influences within the model was bidirectional, such that the child was influenced by factors across these systems, but also exerted influence on them. At a very high level, it seems to be an early model of biosocial entanglement,

That is why I found that ecological niche idea so powerful. Social theorists, such as Ian Hacking and Bruno Latour, have elaborated more complex models of biosocial entanglements, but without the attendant emphasis on the contribution of biology. In my opinion, the strongest example of social theory in this respect is Margaret Lock's famous work⁽⁴⁾ in Japan, showing the embodiment of social forces in women's reproductive cycles. We are all talking about similar sorts of things, but our interests and emphases differ. For me, the interests are "how does a child's behaviour represent that intertwining of the biological and the social? How does understanding of that biosocial dynamic help us understand where we can make good interventions to help children cope better with challenges?"

Another one of your questions, is ADHD a valid disorder? I have met diagnosed children with a wide range of cognitive and behavioural capacities, and a wide range of impairments. ADHD is not a categorical disorder – it is dimensional. We can argue about whether children who are on the low end of the distribution should be medicated and diagnosed, and probably the answer is if there were more supportive school environments and more family resources, then children might not need a medical solution to their difficulties; they and the adult caregivers in their lives would learn to cope in different ways. That is different to kids who are at that more extreme end. However, across that spectrum, what I heard "again and again" from children was what they struggled with was self-control.

⁽⁴⁾ The interviewee is possibly referring to the book *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America* (University of California Press, 1995).

Therefore, we come to the idea that Russell Barkley¹ put forward years ago: that ADHD is a disorder of self-control. I always thought was a terrible construct because it was so narrow and so focused on executive functions. Barkley argues that this is precisely why ADHD diagnosis is not a *moral* issue; from the point of view of moral philosophy of course, self-control is all about ethics, or the capacity to act according to the high-level principles and values that operate in a society. In any event, difficulty with self-control is what you hear from kids, who tell all sorts of stories about it. Nevertheless, it is abundantly clear when you ask children to describe their behaviours in the classroom, in the playground, at home, how much biosocial dynamic there is moving in these spaces. Self-control is not just a biological issue although there is a biological contribution, of course, to any behavioural capacity.

The example I like to give to show these biosocial dynamics is the UK playground. The playground is a terrible place for a child who has self-control problems, because children get bullied, teased, wound up. I have tried to show this in the 2011 publication in *Social Science and Medicine*¹² – the ways in which self-control is an embodied response to environmental challenges. I would argue that, on the basis of my research, a primary intervention space in the UK context is the playground. In addition, I would go further to say that the playground culture should change *before* one starts trying to change individual biology. However, here I am making a claim about causality, and I have to admit it's not proven yet.

According to our point of view, it is very clear in your academic production, between 2002 and 2013, a kind of research program (maybe organized in three broadly phases – a) discussing more historical aspects, the schools and schooling process, and the mother-children relationship on medical, psychological and lay discourses related to ADHD and Ritalin; b) the VOICES Project (*Voices on Identity, Childhood, Ethics and Stimulants: children join the debate* - <http://www.adhdvoices.com/>) and the political, ethical and academic eliciting of children agency; c) and the contribution to the discussion over enhancement and the necessity of establishing ways to research, to deal with it in juridical, medical, public policies terms, etc.). Besides your contribution over the theme of ADHD, we are also interested in listening from you about some aspects of this research program. Was this program designed in broad terms in the beginning of 2000 years or even previously? How the field evidences, the research's contingences, and the context of each time constituted a pathway that (looking back) seems to be very well designed in your research trajectory. Or simply, would you talk a little bit about how do you see your own research's trajectory concerning ADHD?

I am glad you see coherence! Of course, the reality is different. I was an unmotivated student for a long time, but when I got to my second year of university, some flame was lit, and I fell in love with academic life – specifically, at first, with literature. I ended up starting work on a PhD in English Literature when I was twenty, having finished my undergraduate studies early. About a year into that, I thought: “I don't know if I even want to do a PhD in English, so why don't I take some time away?”

I taught English in a secondary school, and it was just the time when a lot of children in America began moving out of the learning disability office and going to their paediatrician and coming back to school with this diagnosis called ADHD

-- and with medication. I was tremendously sceptical, and I thought this would be very interesting for me to study. I looked around for programmes, in education actually, and I found them all to be unsatisfying.

But Harvard had a doctorate in a field called Human Development and Psychology, which was a place that held faculty who had come from another programme at Harvard that had been closed. This former programme had been a wonderful interdisciplinary space for anthropologists, sociologists and some psychologists, but it ended because the world of disciplinary thinking had taken over. A few years after I graduated from the Human Development and Psychology programme it also was closed – or re-named. You may find this ironic: it is now called the Mind, Brain and Education programme!

I went there, and I was supervised by Professor Carol Gilligan, whose seminal work on girls' moral development argued against classic developmental stage theory, which viewed girls and women as inferior in their achievement of moral maturity, as compared to men. I was lucky enough also to become a McArthur Foundation Mind, Brain, Behaviour Fellow, which allowed me to spend a lot of time in the History and Philosophy of Science department with Professor Anne Harrington, who had done a lot of work on the history of neuroscience and psychiatry. That is where I got my education in philosophy and sociology.

So, I had this great, rich doctoral experience, and I tried to bring it together in my doctoral thesis. My central questions were still about ADHD. I wasn't a parent at the time, and I kept coming back to a basic concern: Why would parents bring a child who is not behaving into a clinical setting, and then agree to give them medication? It felt extraordinary to me that that would be a possibility. So I began to sit in clinical settings watching a group of neuropsychologists work with these kids.

Then I started interviewing the children's parents, and what I realised almost immediately is that the ADHD critique can wrongly make it sound as though there is a simple answer to the problem of ADHD: bad parents. In actuality it is enormously complicated; there is suffering really all around, within individual parents, in the marital relationship and in the parent-child relationship. Mothers came in particularly for blame, and felt terribly guilty about what was going on with their (usually) sons¹³⁻¹⁵. To understand this, I re-read a lot of the feminist literature I had first encountered in my doctoral studies in English literature, which tended to include a psychoanalytic view of gender dynamics. To frame the broader context, I read social theory and then added historical research on Ritalin and ADHD to the mix. What a jumble! Each individual thesis chapter was eventually published as a separate article between 2002 and 2004 after I graduated.

After I moved back to Europe I found myself in the Centre for Family Research, at the University of Cambridge, working with Professor Martin Richards. He was trained originally as a zoologist! But he moved into developmental psychology. He was, and is, a fantastic supporter of thinking across disciplinary lines. Later, when I met Nik Rose, I began to read much more sociology than I'd ever read before, and I began to really think about this problem of docility and disciplinary power; and how that might exert itself on the child.

But I never forgot those many experiences I had sitting in the clinic and listening to the challenges that children and parents face. Very often real people's dilemmas did not map onto social theory terribly well. When you looked at the complexity of lives lived, you very often felt that social theory was an inadequate explanation of that complexity, although it might illuminate some aspects of it, and it certainly might illuminate some of the structural concerns that we might have. Those theoretical influences helped me frame what might be going on in a disciplinary sense, but I did not know what to do with my developmental understanding that the socialisation of the child is a parental and indeed, a societal obligation. So the question is: where can you actually exert a critique in a way that does not leave the child then at the mercy of the critique? For me, this was a very live question.

Between 2000 and 2004, I had my own children, so I was a very part time academic. I began to look around for funding to do the research with children to understand their experiences of the ethical threats associated with ADHD diagnosis and drug treatment. I must have applied to five or six funders and they all said the same thing; how can you talk to children about these sorts of issues? Children cannot tell you anything, they are unreliable, and they will just tell you what their parents have told them. So it became clear that, in addition to lots of entrenched ways of thinking about the docility of

children and their apparently inherent lack of agency, there was also a methodological hole. Nobody had developed tools to talk to children about these sorts of issues.

So, a lot of my work leading up to the Wellcome Voices project was to try to develop those methodologies in a way that respected some of the sociological questions and factors that I knew were valuable, but also respected the developmental psychology that I knew, that children are capable of reasoning and reflective thought and that we all reflect, to some extent, social norms and so do children, you just have to find ways to engage them in ways that challenge those norms as well.

When I applied to the Wellcome Trust for the Voices project, I applied to the Biomedical Ethics Programme. They were looking for people to do empirical work in bioethics, which was, and still is, a methodological challenge, because we are not sure quite how to combine empirical research and normative analysis. I came along at the right time, with the right combination of interests and skills, and they funded me generously and enthusiastically.

That is how I become someone who is thought of as a bioethicist! I think sometimes sociologists feel as though my work with the children from this bioethics point of view has, in a sense, abandoned some of the sociological values that I held dear. But it's just a temporary shift in emphasis.

References

1. Singh I. A framework for understanding trends in ADHD diagnoses and stimulant drug treatment: schools and schooling as a case study. *Biosociet.* 2006; (1):439-52.
2. Singh I. ADHD, culture and education. *Early Child Dev Care.* 2008; 178(4):347-61.
3. Ortega F, Barros D, Caliman L, Itaborahy C, Junqueira L, Ferreira CP. A ritalina no Brasil: produções, discursos e práticas. *Interface (Botucatu).* 2010; 14(34):499-510.
4. Veiga CG. A escolarização como projeto de civilização. *Rev Bras Educ.* 2002; (21):90-103.
5. Gondra JG. Homo hygienicus: educação, higiene e a reinvenção do homem. *Cad CEDES.* 2003; 23(59):25-38.
6. Rocha HHP. A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Higiene de São Paulo (1918-1925). Campinas: Mercado das Letras; 2003.
7. Stephanou M. Bem viver em regras: urbanidade e civilidade em manuais de saúde. *Educ Unisinos.* 2006; 10(1):35-44.
8. Ragan CI, Bard I, Singh I. What should we do about student use of cognitive enhancers? An analysis of current evidence. *Neuropharmacol.* 2013; (64):588-95.
9. Singh I, Filipe AM, Bard I, Bergey M, Baker L. Globalization and cognitive enhancement: emerging social and ethical challenges for ADHD clinicians. *Curr Psychiatry Rep.* 2013; 15:385 DOI: 10.1007/s11920-013-0385-0.
10. Singh I, Baker I. Adhd and stigma: the role of environmental factors. *ADHD Practice.* 2013; 5(2):4-7.
11. Rose N. The human science in a biological age. *Theory Cult Soc.* 2013; 30(1):3-34.
12. Singh I. A disorder of anger and aggression: children's perspectives on attention deficit/hyperactivity in the UK. *Soc Sci Med.* 2011; (73):889-96.
13. Singh I. Bad boys, good mothers, and the "miracle" of Ritalin. *Sci Context.* 2002; (15)4:577-603.
14. Singh I. Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Soc Sci Med.* 2004; 59(6):1193-205.
15. Singh I. Will the "real boy" please behave: dosing dilemmas for parents of boys with ADHD. *Am J Bioeth.* 2005; 5(3):34-47.

Keywords: ADHD. Ritalin. Medicalization. Enhancement.

Submetido em 23/06/16. Aprovado em 24/07/16.



Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015.

Dulce Aurélia de Souza Ferraz^(a)

Resistir para experimentar parir: corporalidade, subjetividade e feminismo entre mulheres que buscam o parto humanizado no Brasil

Investigar as perspectivas e as práticas das mulheres que destoam do modelo dominante de parturição no Brasil é a tarefa que Rosamaria Giatti Carneiro se propõe a realizar em seu livro *Cenas de Parto e Políticas do Corpo*. Publicado em 2015, a obra compõe a Coleção Mulher, Criança e Saúde da Editora Fiocruz.

Para descrever o cotidiano dessas mulheres e analisar seu universo simbólico, a autora realizou intenso trabalho etnográfico de 2008 a 2010. Embrenhou-se em dois grupos de preparação para o parto humanizado, entrevistou gestantes que deles participavam, acompanhou discussões em grupos virtuais sobre modos de parir e participou de oficinas e seminários dedicados ao tema. Com este mergulho profundo, produziu o extenso e denso material que analisou em sua tese de doutorado, agora transformada em livro.

Carneiro traz para o diálogo a riqueza de sua formação em áreas diversas e complementares. Se o saber antropológico é o que guia o trabalho em pauta, é o diálogo com o

feminismo, a psicanálise, a filosofia e a sociologia que o enriquece.

Diante da expansão do movimento pelo parto humanizado no Brasil e da profusão de discussões sobre o tema, não é raro que se pergunte quem são as mulheres que buscam um parto natural. Com toda a tecnologia dura disponível neste século em grandes cidades brasileiras, por que fazem essa escolha? O que as mobiliza? São indagações ricas, mas para as quais, frequentemente, ouvem-se respostas simplistas e até estigmatizantes.

Neste ponto reside, então, a primeira grande contribuição do dedicado e competente trabalho de Carneiro. Sua etnografia vai em busca do aprofundamento e da explicitação da complexidade que subjaz à escolha por um parto humanizado. A autora mostra que, diferentemente do que se possa preconizar, não se trata de um grupo homogêneo de famílias "alternativas", menos ainda de pessoas irresponsáveis e desinformadas. As adeptas do parto humanizado no Brasil atual são diversas: há mulheres de todas as regiões do país e com variadas profissões; as veganas e as que comem de tudo; as que têm pertencimento religioso e as que não têm; as que pautam suas escolhas na intuição, mas, também, aquelas que se guiam pelas estatísticas. Em comum, têm o

^(a) Laboratório de Educação, Mediações Tecnológicas e Transdisciplinaridade em Saúde, Escola FIOCRUZ de Governo, Fundação Oswaldo Cruz (LEMTES/EFG/Fiocruz). Avenida L3 Norte, S/N, Campus Universitário Darcy Ribeiro. Brasília, DF, Brasil. 70910-900. dulcefer@gmail.com

fato de serem majoritariamente heterossexuais, urbanas, casadas e pertencentes a camadas médias da sociedade. Duas habilidades lhes são particularmente importantes: comunicar-se por escrito e usar a internet, já que é por esse meio que acessam as principais informações para iniciarem a busca pelo parto desejado e para exercerem seu ativismo. Além disso, são críticas ao modelo de atenção à saúde e ousam questioná-lo.

Mas o que elas buscam quando optam por um parto humanizado? Já no primeiro capítulo – “O parto humanizado no Brasil: as perspectivas passadas e as atuais” –, Carneiro expõe o parto humanizado como uma ideia guarda-chuva que comporta variadas práticas e que admite, inclusive, discordâncias internas. Contudo, identifica, com precisão analítica, que o ponto de inflexão do discurso do parto humanizado no Brasil é a contraposição a dois fenômenos que caracterizam a assistência obstétrica por aqui: o primeiro é a regra da cesárea desnecessária, “parto típico nacional”, correspondente à metade dos partos ocorridos no país e a 80% dos realizados em hospitais privados. O segundo é o uso abusivo das tecnologias duras na assistência aos partos vaginais. As mulheres acompanhadas por Carneiro falam do “efeito cascata” para se referirem à aplicação de uma sequência de tecnologias desnecessárias, inadequadas e até violentas, várias delas há muito riscadas dos manuais de boas práticas de atenção ao parto e nascimento nacionais e internacionais, e que persistem na prática obstétrica brasileira.

Robis-Floyd, uma das autoras às quais recorre Carneiro, denominou de tecnocrático-hospitalar o modelo de parto em que impera o fetiche da padronização e da tecnificação dos cuidados. Para esta antropóloga norte-americana, mais do que um conjunto de procedimentos técnicos, este modelo exerce a função de um ritual: ao apagar a singularidade das parturientes, ele transmite a cultura e a ordem simbólica globalizada, guiada pela ciência, pela tecnologia, pelo lucro e pelo controle institucional dos corpos femininos. Em outras palavras: cada vez que uma mulher é submetida a um parto guiado por máquinas, hormônios sintéticos e procedimentos invasivos, é transmitida a mensagem de que não é ela quem dá à luz, mas o poder patriarcal estatal, intermediado pela ação técnico-profissional. Em um contexto onde prevalece este tipo de

assistência ao parto, buscar parir naturalmente pode configurar uma resistência à medicalização e ao controle do corpo feminino.

Carneiro segue explorando esses e outros sentidos possíveis no segundo capítulo, intitulado “Em campo e em jogo: práticas de parto, emoções e traduções”. Ela apresenta o material coletado no campo, inicialmente descrevendo os dois grupos de preparo para o parto humanizado que estudou. Trata-se de espaços onde gestantes e seus acompanhantes discutem entre si e com profissionais de saúde, de forma interativa e horizontal, temas como: dor, anestésias, cesáreas, episiotomias, dilatação – e nos quais, sobretudo, ouvem histórias, compartilham suas experiências e falam de seus receios e desejos em relação ao momento do parto.

Das entrevistas com dezoito mulheres participantes desses grupos, Carneiro extrai seu mais rico material de campo. A apresentação de suas histórias está dividida em dois grupos: o das mulheres que buscaram o parto humanizado como superação de experiências de parto insatisfatórias; e o daquelas que nunca haviam parido e para as quais o parto humanizado surge como uma questão de coerência com suas trajetórias.

Os relatos das primeiras descortinam o já conhecido, mas sempre inaceitável modelo de assistência ao parto no Brasil. São histórias de mulheres que foram separadas de seus bebês e impedidas de amamentar; de solidão e de desamparo nos hospitais; de submissão a procedimentos invasivos feitos a sua revelia; e de sequelas dolorosas de partos mal assistidos e violentos. São dores que impulsionam essas mulheres a buscarem outro modo de parir quando vivem novas gestações.

Entre as oito mulheres que buscaram partos mais naturais como coerência com seus modos de vida, é interessante observar como a coerência pode se dar por muitas vias. Se, para algumas delas, o que justificou sua escolha foi a valorização das estatísticas – escolheram parir naturalmente porque pesquisaram e entenderam ser essa a forma mais segura de terem seus filhos –, para outras, a conexão veio por seus estilos de vida alternativos, como a prática do vegetarianismo ou o pertencimento a religiões orientais. Para outras, a conexão com essa busca se deu por sua vinculação prévia a movimentos sociais. Há, também, aquelas que apenas não se sentiam

confortáveis com o ambiente dos hospitais, e, ainda, as que fundamentalmente acreditavam na potência de seus corpos para parir.

Nenhuma dessas mulheres nega saberes médicos e científicos; ao contrário, todas recorrem a eles ao longo da gestação e quase todas dão à luz assistidas por algum profissional de saúde. No entanto, o cuidado que valorizam é aquele que, embora se ampare no saber técnico, também oferece acolhimento, calor, escuta e toque. São mulheres que valorizam o conhecimento que têm de seus próprios corpos, seus saberes, suas histórias e seus desejos e, por isso, buscam um cuidado que as atenda de forma integral e respeitando sua singularidade.

São muitas as frentes de reflexão abertas por Carneiro a partir do material de campo. Em dezesseis subcapítulos, a autora atravessa desde o clássico dilema entre natureza e cultura na antropologia até as relações entre público e privado na experiência do parto, passando por aspectos centrais da experiência de parir, como os significados do medo, do risco, do corpo e da expressão da transgeracionalidade. Para isso, desenvolve um diálogo intenso de seu material com estudos anteriores sobre as adeptas do parto humanizado no Brasil e com aportes teóricos da antropologia, da filosofia, da história, da psicanálise e da sociologia.

Nesta análise, emergem, do universo simbólico analisado por Carneiro os deslocamentos de sentidos operados pelas mulheres adeptas do parto humanizado. Escolho dois deles para comentar. O primeiro é a ideia de natureza, que aparece no uso dos termos “parto natural” ou “parto mais natural”. Se, a princípio, eles podem provocar certo incômodo para quem (como a autora e eu mesma) olha para este universo com as lentes do feminismo, o que Carneiro mostra é que os sentidos do que é chamado de natural por essas mulheres não se vinculam à ideia de essencialidade ou de natureza feminina. O natural remete, ao invés, à redução do intervencionismo e ao respeito à autoria das mulheres no processo de parir. Natural, nesta concepção, é o parto livre da parafernália tecnológica, acolhedor, que respeita as escolhas e o tempo de cada mulher e que lhe permite experimentar e expressar sensações corpóreas intensas.

O segundo deslocamento que destaco é dos sentidos da casa e do hospital como locais

de parturição. Ao contrário da crítica do senso comum que frequentemente considera que as mulheres estão colocando seus filhos em risco quando escolhem parir em casa, a decisão pelo parto domiciliar é baseada, justamente, na percepção de algumas mulheres de que a casa é o lugar mais seguro para si mesmas e para seus bebês – percepção, vale dizer, que encontra respaldo científico¹. Trata-se de uma segurança que os hospitais, ainda que proclamados desde o século XIX como os locais mais seguros para parir, não podem lhes dar: a de que parirão em liberdade, sem terem seus corpos lacerados nem seus bebês submetidos a procedimentos que consideram desnecessários e agressivos. Carneiro comenta que, por vezes, o que é percebido como perigoso é aquilo que as mulheres desconhecem nas rotinas hospitalares. Acrescento que, talvez, possamos pensar que há também mulheres que consideram perigoso parir nos hospitais justamente porque conhecem o tratamento oferecido às parturientes nessas instituições. Parir em casa, nesse sentido, seria, também, uma forma de resistência à violência no parto, cada vez mais visível com o aumento de estudos sobre o tema e com o fortalecimento da mobilização das mulheres brasileiras.

O terceiro capítulo, intitulado “Em nome da experiência: parto, sexualidade e espiritualidade”, é dedicado à discussão da ideia de que a busca das adeptas do parto humanizado é pelo enriquecimento das suas experiências de parturição. A autora descarta a existência de um viés narcisista, enfatizando o compromisso que as mulheres assumem com esta causa na esfera pública. Busca, então, referenciais interpretativos no diálogo com autores que se dedicaram a pensar sobre a experiência na contemporaneidade. Mostra que, se experimentar pode ser compreendido como o registro do imprevisível, da criatividade e da liminaridade, ou se, ainda, implica a superação ou a transgressão, é pertinente pensar que as adeptas de partos humanizados são mulheres que resistem a práticas de assujeitamento e que empunham práticas de liberdade para que seus partos sejam verdadeiras experiências de subjetivação, constitutivas de sua história.

Carneiro destaca que é no corpo que essas experiências acontecem. Um corpo que, como mostram os relatos, não é só anatomia – mas emoção, espírito, história, cultura e subjetividade.

Se ele resulta de discursos, também os desconstrói por meio das experiências a que se lança. Quando buscam um parto humanizado, as mulheres buscam a afetação – querem viver o atravessamento de intensidades em seus corpos. Sua fuga é da despersonalização: resistem ao aniquilamento de sua singularidade e de sua história. Para isso, enfrentam o fantasma da dor, tão utilizado para convencer as mulheres a entregarem seus corpos parideiros à supremacia da técnica na obstetrícia, e o ressignificam em suas experiências. A ideia da dor do parto como algo desagradável ou até intolerável – “a maior dor do mundo” – não deixa de existir, mas aparece nuançada por outros sentidos: é o indescritível, a sublimação e, até mesmo, o prazer e o gozo. Por ela, ou apesar dela, chega-se ao transe que várias das mulheres relatam terem vivido em seus partos. São relatos de entrega ao descontrole e a estados emocionais singulares, nos quais se expressam sem pudores, por meio das palavras, da nudez, das performances corporais, dos movimentos e dos líquidos que expelem.

Como experiência singular, os registros pelos quais esses estados são interpretados variam. Espiritualidade e sexualidade são os registros mais significativos, mas que, uma vez mais, aparecem com novos significados, distintos daqueles historicamente associados ao parto. Nas experiências encontradas por Carneiro, a sexualidade não comparece apenas na interpretação de que o parto é um momento significativo da vida sexual, mas como uma experiência erótica em si – o corpo, ao parir, transpira, esquenta, geme, deseja, goza. Revela, assim, sua capacidade autoerótica. De maneira similar, a espiritualidade descrita não liga o parto à ideia de redenção dos pecados da carne, mas o coloca como uma experiência libertária, de contato direto com o divino, uma transcendência que se dá por meio do corpo. Mais interessante ainda é observar como espiritualidade e sexualidade são, por vezes, indistinguíveis nas experiências de parturição das mulheres, o que desloca, radicalmente, dicotomias clássicas de sagrado e profano, sexual e casto.

Haveria algo de feminista nessas experiências? É a este debate que Carneiro dedica o quarto capítulo do livro, sob o título de “Feminismos, partos e maternidades: história, reversibilidade e subjetivação”. É uma contribuição ímpar para o campo dos estudos sobre parto no Brasil, já que

esta é uma discussão ainda pouco explorada e que a autora desenvolve com maestria.

É, de fato, raro ouvir qualquer menção ao feminismo como sustentáculo das propostas do movimento pelo parto humanizado. Mais comum, como mostra Carneiro, é que as mulheres em busca de partos naturais se incomodem com a vinculação de suas escolhas ao feminismo por interpretarem que esse movimento se opõe à maternidade. Entretanto, ao transitar pelos dois movimentos, é impossível não se perguntar como poderiam estar apartados se, na base de ambos, está a defesa dos direitos das mulheres.

Carneiro oferece algumas pistas para interpretar este fenômeno. Resgata que, de fato, na teoria feminista inicialmente preponderou a recusa da maternidade, pois o foco estava justamente na reivindicação do direito à liberdade sexual das mulheres desvinculada da reprodução. Esta perspectiva, porém, teria sido transformada, sobretudo com a introdução do conceito de gênero nas ciências sociais. No Brasil, Carneiro resgata que, desde os anos 1980, o feminismo debateu a saúde das mulheres pautada na integralidade e na autonomia como condição de cidadania plena, inclusive, no que se refere à assistência ao parto. Salienta o pioneirismo do Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde nesta direção, cujo trabalho deu ênfase à dimensão política do parto e à violência sofrida pelas parturientes, reconhecendo, ainda nos anos 1980, o abuso da aplicação de tecnologias como violações da autonomia e da integridade das mulheres.

O feminismo teria, então, criado o lastro a partir do qual foi possível construir o movimento de defesa do parto humanizado. A possibilidade de as mulheres recusarem os procedimentos médicos que violam sua integridade, de falarem sobre sua sexualidade, de articularem profissões e maternidades são conquistas resultantes de lutas travadas pelos movimentos feministas em décadas anteriores. Da mesma forma que é na luta pela liberação sexual das mulheres que se encontra a base para a possibilidade de experimentar o parto no corpo, com dor, prazer, nudez, satisfação e erotismo.

Lançando mão da antropologia reversa, Carneiro questiona em que o feminismo pode avançar ao dialogar com o movimento pelo parto humanizado. Identifica potencialidades,

por exemplo, nos deslocamentos de sentidos do parto como experiência erótica ou do doméstico como espaço de liberdade, que, ao desalojarem discursos e práticas feministas, podem contribuir para o fortalecimento do movimento.

Carneiro conclui que as adeptas do parto humanizado e as feministas estão mais próximas entre si do que parecem. Defende que, em lugar da contraposição mães *versus* feministas, caberia pensar em outros modos de subjetivação feministas e maternos no Brasil contemporâneo, rompendo com a rigidez identitária e entendendo-nos, todas, como sujeitos em processo de subjetivação.

A abertura de portas para o diálogo, não apenas entre movimentos, mas, também, entre áreas do conhecimento, é uma das riquezas do trabalho de Carneiro que cabe a leitoras e leitores explorar. Com a Saúde Coletiva, há um caminho promissor para ampliar o intercâmbio entre os estudos sobre parto e aqueles dedicados à construção de práticas de saúde mais responsivas à integralidade e mais comprometidas com os Direitos Humanos². As práticas e os discursos

das adeptas do parto humanizado reivindicam um Cuidado³ que não se resume a assegurar resultados técnicos adequados, mas que se comprometa com sucesso prático, dialogando com os projetos de felicidade das pessoas, com aquilo que formulam como o melhor para si em função de seus saberes e suas trajetórias. Suas histórias mostram as experiências de parturição como construções intersubjetivas, de significados cambiantes e contextualmente inseridas, nas quais o cuidado com a saúde é passível de reinterpretações, ensejando, assim, também o diálogo com as abordagens construcionistas da psicologia social⁴.

Pelas respostas que traz, pelas perguntas que provoca e pelos diálogos que enseja, *Cenas de Parto e Políticas do Corpo* é uma obra que amplia a compreensão sobre o parto humanizado no Brasil. É leitura recomendável para todas as pessoas envolvidas com o tema, para pesquisadoras e pesquisadores do campo da saúde coletiva, da sexualidade e do feminismo, e para todos que desejam se aprofundar nos estudos etnográficos.

Referências

1. Johnson KC, Daviss B. International data demonstrate home birth safety. *Am J Obstetr Gynecol.* 2011; 204(4):e16-7.
2. Ayres JRCM, Paiva V, França Júnior I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: Paiva V, Ayres JRCM, Buchalla CM. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Livro I: da doença à cidadania.* Curitiba: Editora Juruá; 2012. p. 71-94.
3. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface (Botucatu).* 2004; 8(14):73-92.
4. Paiva VSF. Psicologia na Saúde: sociopsicologia ou psicossocial? A inovação no contexto da resposta brasileira à aids. *Temas Psicol.* 2013; 21(3): 531-49.

Recebido em 06/05/16. Aprovado em 24/05/16.

Farmacêuticos integrando equipes de cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS):

uma reflexão coletiva na cidade de São Paulo

Pharmacists as part of mental health care teams in the Brazilian National Health System (SUS):
a collective reflection in the city of São Paulo

Farmacéuticos integrando equipos de cuidado en salud mental en el Sistema Brasileño de Salud (SUS):
una reflexión colectiva em la ciudad de São Paulo

Claudia Fegadolli^(a)
Cibele de Toledo Câmara Neder^(b)
Dirce Cruz Marques^(c)
Sandra Maria Spedo^(d)
Nicanor Rodrigues da Silva Pinto^(e)
Ivette Reyes Hernandez^(f)

Este comunicado apresenta uma síntese de cinco fóruns regionais, realizados no município de São Paulo, sobre a participação de farmacêuticos nas equipes de cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde.

Pressupostos da proposta dos fóruns

A implementação do cuidado integral à saúde demanda readequação dos processos de trabalho, priorizando a responsabilização com as necessidades do paciente, independente do ponto de atenção onde o atendimento é realizado¹⁻³. Esse tipo de atuação requer que as equipes de saúde reformulem suas práticas e incorporem diferentes saberes, de forma que estes se complementem e possibilitem que as diversas categorias profissionais atuem de maneira integrada, com maior resolutividade dos processos de cuidado⁴.

De acordo com esse entendimento, o campo da saúde mental, presente em todos os locais onde se produz o cuidado, tem buscado a construção de rede, sob novas perspectivas de atenção⁵⁻⁷. Considera que todo trabalhador de saúde é um trabalhador de saúde mental, sem que isto signifique uma perda de sua identidade profissional. Ao contrário, valorizam-se os saberes específicos das diversas categorias profissionais, porém, reorientados para a interprofissionalidade na produção do cuidado a pacientes e familiares, numa perspectiva de ampliação de seu campo de conhecimentos⁸.

Uma das principais preocupações na produção do cuidado na saúde mental é a “medicalização” da vida da população, com uso exagerado e inadequado de

^(a) Instituto de Ciências Ambientais, Químicas e Farmacêuticas, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua São Nicolau, nº 210, Centro. Diadema, SP, Brasil. 09913-030. cfegadolli@unifesp.br

^(b,c) Coordenadoria de Saúde Mental, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. cibeleneder@prefeitura.sp.gov.br; dircem@prefeitura.sp.gov.br

^(d,e) Departamento de Medicina Preventiva, Escola Paulista de Medicina, Unifesp. São Paulo, SP, Brasil. smspedo@gmail.com; nicanor.pinto@gmail.com

^(f) Área Acadêmica de Farmácia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud. Pachuca, México. reyesanbur@gmail.com

medicamentos⁹⁻¹¹. Essa realidade tem sido identificada, também, pela gestão municipal do SUS de São Paulo, por meio de relatórios internos de consumo que apontam dispensação de quantidades muito acima do esperado de antidepressivos e ansiolíticos, prescritos, sobretudo, em Unidades Básicas de Saúde. O fato tem mobilizado a atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS-SP), especificamente as áreas técnicas de Saúde Mental e de Assistência Farmacêutica, a buscar ações promotoras do uso racional e adequado de medicamentos nesse campo.

Compreende-se que a reorientação das ações de Assistência Farmacêutica, já prevista nas Políticas Públicas de Saúde brasileiras^{12,13}, é fundamental para a transformação desse cenário. Um dos pontos fundamentais dessa reorientação é a maior participação do farmacêutico no trabalho em equipe, como especialista em medicamentos, assessorando os demais profissionais quanto à racionalidade e otimização de tratamentos farmacológicos.

Nesse sentido, tem aumentado, substancialmente, a contratação e incorporação de farmacêuticos nos serviços de saúde e, em obediência à legislação¹⁴, atualmente a maioria das farmácias que dispensam medicamentos psicotrópicos no município de São Paulo conta com a assistência do farmacêutico. Nesses locais, podem-se identificar alguns avanços na atuação do profissional para além do gerenciamento logístico e controle sanitário de medicamentos, porém, ainda não de maneira sistêmica¹⁵. A atuação do farmacêutico continua sendo preponderantemente burocrática e com pouca articulação entre as unidades especializadas de atenção psicossocial e os serviços da atenção básica, exceto em algumas experiências esparsamente identificadas, as quais apontam para as possibilidades de ampliação das ações desse profissional. Entretanto, barreiras constituídas no processo histórico de construção e gestão dos serviços farmacêuticos nos sistemas de saúde, sobretudo, a insuficiência de profissionais e atuação burocrática, dificultam a atuação assertiva desse profissional, com subaproveitamento de sua potencialidade ou desvios de seu papel principal de promotor do uso adequado de medicamentos.

Nesse contexto, as áreas técnicas de saúde mental e a de assistência farmacêutica da SMS-SP articularam uma parceria com a Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), especificamente com a área de Assistência Farmacêutica do curso de Farmácia (Instituto de Ciências Ambientais, Químicas e Farmacêuticas) e com o Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, visando ao fortalecimento do debate sobre a assistência farmacêutica no SUS-SP, com foco na saúde mental. Essas instituições, com o apoio de uma professora oriunda do Departamento de Farmácia da Facultad de Ciencias Naturales, Universidad de Oriente (Santiago de Cuba, Cuba), atualmente na Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, (México), organizaram cinco fóruns Integrados com o propósito de promover diálogos e reflexões a respeito da participação do farmacêutico na produção do cuidado em saúde mental nos serviços de saúde do município de São Paulo, buscando revelar experiências bem-sucedidas, assim como as principais dificuldades e limitações para que se avance nesse processo.

O desenvolvimento dos fóruns

Entre os dias 9 e 14 de outubro de 2015, foram realizados cinco fóruns regionais integrados, um em cada Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) da SMS-SP, desenvolvidos com o apoio de interlocutores regionais.

A participação totalizou 256 profissionais de saúde, distribuídos da seguinte forma: cinquenta da CRS Norte, 82 da CRS Leste, 61 da CRS Sudeste, 28 da CRS Centro-Oeste e 35 da CRS Sul. Entre os participantes, as categorias profissionais predominantes foram: dentistas, fonoaudiólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, médicos e farmacêuticos, alguns dos quais exerciam a função de gerência de Unidades Básicas de Saúde ou de Centros de Atenção Psicossocial. Ressalta-se que a maioria dos trabalhadores que participaram era de equipes assistenciais da Atenção Básica (Unidade Básica de Saúde e Núcleos de Apoio à Saúde da Família) e de Centros de Atenção Psicossocial.

Todos os encontros (fóruns) foram iniciados por duas apresentações 'disparadoras' para as discussões subsequentes, em grupos menores: uma da coordenação técnica de Saúde Mental da SMS-SP e outra da professora convidada. A representante da gestão municipal da SMS-SP apresentava os propósitos do fórum, destacando a importância da qualificação do cuidado em saúde mental no

município e a necessidade de se buscar, entre os profissionais de saúde, ampliar a discussão sobre a política de saúde mental do município e a construção de novos arranjos assistenciais para qualificar o cuidado nessa área. Apresentava dados da gestão municipal, que mostravam que as prescrições de antidepressivos têm sido originadas, preponderantemente, de médicos generalistas, e que o entendimento da SMS-SP é de que os trabalhadores deveriam atuar interprofissionalmente, a fim de enfrentar essa problemática e discutir o papel que o farmacêutico pode desempenhar na qualificação desse cuidado. Destacava que, para a gestão municipal, as potencialidades desse profissional têm sido subaproveitadas em decorrência de sua dedicação a atividades administrativas e outras não específicas do campo profissional farmacêutico. Ressaltava, ainda, a tendência atual em se medicar o sofrimento mental e a preocupação da área técnica com os impactos que esse modo de atuação pode ter sobre a saúde dos cidadãos, bem como sobre o impacto dos custos decorrentes dessa prática.

Na sequência, a assessora internacional do projeto fazia uma apresentação abrangente, atualizando e contextualizando os conhecimentos disponíveis na literatura acerca de problemas relacionados ao uso de psicofármacos e as formas possíveis de atuação do farmacêutico na equipe de saúde para a prevenção e resolução desses problemas. Destacava que, no mundo todo, está bem definido o papel do farmacêutico nas atividades relacionadas à logística do medicamento, mas que sua participação na produção do cuidado nem sempre é bem compreendida.

A proposta de trabalho era, então, apresentada e os participantes eram divididos em pequenos grupos e estimulados a discutir sobre experiências locais e/ou pessoais e possibilidades de atuação do profissional farmacêutico nos serviços de saúde do SUS locorregional (UBS, CAPS e enfermarias psiquiátricas).

Os debates, realizados nos cinco fóruns (das cinco CRSs), foram registrados por dois relatores, analisados e sistematizados pela equipe de trabalho do projeto e, posteriormente, socializados para as equipes de gestão das CRSs da SMS-SP, que se comprometeram em levar essa discussão aos trabalhadores de saúde do município.

Produção coletiva dos fóruns

O debate foi organizado em torno de experiências concretas, potencialidades, limitações e desafios para a inserção do farmacêutico na produção do cuidado em saúde mental, incluindo perspectivas de futuro.

Experiências e potencialidades

Os profissionais participantes dos distintos fóruns manifestaram o reconhecimento da importância do trabalho farmacêutico no assessoramento da equipe e dos pacientes para o uso de medicamentos. Foi possível identificar a existência de distintas práticas do profissional farmacêutico nos serviços de saúde, representados nesses encontros. Alguns relatos indicavam uma atuação restrita ao espaço das farmácias, com ênfase nas atividades administrativas. Outros indicavam experiências de atenção farmacêutica, envolvendo tanto atividades assistenciais individualizadas, quanto participação em processos de trabalho colaborativo, em equipe multiprofissional. No Quadro 1, apresenta-se um perfil de atividades desenvolvidas por farmacêuticos, de maneira não uniforme, citadas nos cinco fóruns realizados.

Limitações

As principais limitações identificadas, que restringem a possibilidade do farmacêutico de se envolver na produção do cuidado em saúde, concentram-se no campo da estrutura dos serviços de saúde. Entre os elementos de estrutura, foram citadas as deficiências relacionadas com a frequente falta de pessoal para o desempenho de funções logísticas do medicamento, bem como a alta rotatividade de auxiliares nessa área. Nesse contexto, muitas vezes, o farmacêutico vinha sendo absorvido pela rotina interna da farmácia, com pouca ou nenhuma possibilidade de se envolver em outras atividades.

Quadro 1. Atividades do farmacêutico na rede de atenção à saúde do SUS. São Paulo, 2015.

Atividades citadas nos fóruns
• Medicação assistida
• Identificação de problemas farmacoterapêuticos
• Conciliação medicamentosa entre prescrições
• Intervenções educativas a pacientes, individuais e em grupo
• Encontros de apoio matricial (com trabalhadores de saúde de outros serviços)
• Trabalho com escolas (redução do uso de psicofármacos em crianças)
• Atendimento individual de pacientes encaminhados pela equipe
• Atendimento em visita domiciliar (organização de medicamentos e apoio na farmacoterapia)
• Coordenação de grupo de combate ao tabagismo
• Coordenação de linha de cuidado hipertensão e diabetes
• Educação permanente (auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde)
• Discussão de casos em equipe
• Atendimento compartilhado com médicos e psicólogos
• Consulta farmacêutica
• Atividades lúdicas ou ocupacionais (exemplos: artesanato e horta)

Fontes: Fóruns nas cinco CRS, SMS-SP (9 a 14 out 2015)

Entre as questões de processo de trabalho, relatou-se que, em muitos casos, falta iniciativa do farmacêutico para iniciar um trabalho assistencial voltado ao paciente e à equipe. Contudo é importante considerar que ainda não estão bem estabelecidas as diretrizes da SMS-SP para normatizar essa atuação com as equipes multiprofissionais na assistência.

Desafios

Os cinco fóruns realizados trouxeram à tona diversas situações em que havia inserção do farmacêutico no trabalho em equipe de saúde mental no SUS do município, porém de maneira não sistêmica e sem processos estabelecidos para a evidência de resultados. Assim, é importante que as áreas técnicas empreendam esforços no sentido de conhecerem e aproveitarem essas potências.

É fundamental que a inserção do farmacêutico nas equipes de saúde seja planejada pelos gestores e pelas próprias equipes de saúde de maneira estratégica. Por parte dos farmacêuticos, devem protagonizar ações necessárias ao desenvolvimento e oferta de serviços que demandem e justifiquem sua inserção profissional na produção do cuidado, como especialista em medicamentos, com o estabelecimento de procedimentos para atividades e de indicadores para avaliação de resultados.

Considerações finais

A produção do fórum trouxe à tona a necessidade de se planejar, de maneira estratégica, a inserção do farmacêutico nas equipes de saúde mental, o que tem como eixo central o alinhamento dos papéis a serem desempenhados por esse profissional com as políticas e a organização do sistema de saúde no município de São Paulo.

É importante ponderar que a Federação Internacional de Farmacêuticos (FIP), em colaboração com a Organização Mundial de Saúde (OMS), define quatro funções fundamentais para a prestação de

serviços farmacêuticos de qualidade: (a) preparar, obter, armazenar, adquirir, distribuir, administrar, dispensar e eliminar medicamentos; (b) oferecer gestão eficiente de tratamentos farmacológicos; (c) manter e melhorar o desempenho profissional; e (d) ajudar a melhorar a efetividade do sistema sanitário e saúde pública¹⁶. Nesse sentido, espera-se que o farmacêutico integre o exercício profissional de suas funções às políticas de saúde mental vigentes no município.

Outro elemento importante é relativo ao enfoque sistêmico, baseado em processos e qualidade, o que significa que as atividades desenvolvidas pelo farmacêutico devem estar alinhadas com o trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde em que o profissional está inserido, que devem identificar papéis e responsabilidades em benefício dos pacientes. O enfoque nos processos busca a inter-relação das atividades na produção do cuidado, o que significa que, uma vez detectada a necessidade de uso de medicamentos nos tratamentos, diferentes funções podem ser ativadas dependendo do contexto, como: o seguimento farmacoterapêutico, a educação sanitária ou as ações de farmacovigilância. O enfoque da qualidade está relacionado à necessidade de documentar as atividades realizadas, contribuindo com o estabelecimento de indicadores que possam expressar os efeitos das ações e serviços prestados.

A adoção dessa filosofia permitirá o desenvolvimento do exercício assistencial do farmacêutico de maneira normalizada, contínua e sistêmica, com reconhecimento da importância de seu papel na equipe de saúde para o alcance dos objetivos da política de saúde mental do SUS, no município de São Paulo.

Colaboradores

Todos os autores participaram da concepção, planejamento e execução dos fóruns. As autoras Claudia Fegadolli e Ivette Reyes Hernandez redigiram o artigo e todos os autores contribuíram com a discussão e revisão do texto.

Referências

1. Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. 28 Mar 2006.
2. Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. 20 Dez 2010.
3. Organização Pan-americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate. Brasília (DF): OPAS; 2011.
4. Merhy EE, Magalhães Junior HM, Rimoli J, Franco TB. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2007.
5. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): MS; 2004.
6. Cecilio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad Saude Publica. 1997; 13(3):469-78.
7. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental no SUS: as novas fronteiras da Reforma Psiquiátrica. Relatório de Gestão 2007-2010. Brasília (DF): MS; 2011.
8. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Cienc Saude Colet. 2000; 5(2):219-30.
9. Hes VNL, Amarante PDC. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. Saude Debate. 2014; 38(102):506-14.
10. Rocha BS, Werlang MC. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. Cienc Saude Colet. 2013; 18(11):3291-300.
11. Lopez-Peig C, Serrano-Fuentes RM, Valverde-Trillo A, Casabella-Abril B, Mundet-Tudurí X. ¿Quién controla a los enfermos tratados con fármacos psicotropos em atención primaria? Aten Primaria. 2006; 37(8):446-51.
12. Portaria MS nº 3916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. 30 Out 1998.
13. Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União. 6 Maio 2004.
14. Portaria SNVS nº 344, de 13 de maio de 1998. Aprova o regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Diário Oficial da União. 12 Maio 1998.
15. Reyes I, Bermúdez IC, Storpirtis S, Baranda SC, Fernández ES. Sistema organizativo para implementar el ejercicio de la Atención Farmacéutica Hospitalaria en Santiago de Cuba. Rev Cubana Farm. 2014; 48(2):432-45.
16. Organización Mundial de la Salud. Buenas prácticas de Farmacia. Directrices conjuntas FIP/OMS sobre buenas prácticas de Farmacia: estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos. Washington: OMS; 2012.

Submetido em 25/03/16. Aprovado em 01/04/16.

Formas, fôrmas e fragmentos:

uma exploração performática e autoetnográfica das lacunas,
quebras e rachaduras na produção de conhecimento acadêmico

Aline Veras Morais Brilhante^(a)
Cláudio Moreira^(b)

NÓS:

Nosso caminho como pesquisador(a), por meio de múltiplas e fragmentadas histórias da pesquisa qualitativa¹, sempre parte do paradigma de onde falamos, perpassando questões de axiologia, valores ou crenças inerentes à nossa personalidade².

Desse modo, de onde falamos?

Que escrita buscamos?

Busco uma forma de escrita que é performativa, dialógica, pedagógica – que diz mostrando. Porque eu acredito que a virada da performance representa um importante caminho para o futuro. [...] um caminho para o conhecimento, um caminho para a compreensão, um caminho para a consciência crítica.³ (p. 12)

Especialmente na América Latina, onde a própria pesquisa qualitativa é marcada por profundas conexões entre os sistemas de validação e a valorização dos modelos coloniais⁴, ignorando, por vezes, os diferentes paradigmas e os diferentes momentos históricos da pesquisa qualitativa¹.

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Universidade de Fortaleza – UNIFOR. Av. Washington Soares, 1321, bloco S, sala 5-1, Edson Queiroz, Fortaleza, CE, Brasil. 60811-905. alineveras@unifor.br

^(b) Departamento de Comunicação, Universidade de Massachusetts. Shrewsbury, MA, Estados Unidos. cmoreira@comm.umass.edu

ALINE:

O que acontece quando a história começa na ausência? Quando o momento surge a partir de uma lacuna, uma pausa, um espaço de fronteira ou de elemento de diferença que viola as leis de repetição e re-presentação, mesmo no ato de repetir, reler, representar [a si mesmo]? O que acontece quando o limite passa a ser o lugar de onde algo começa a ser presente.⁵ (p. 27)

IDENTIFICAÇÃO: Nome, idade, sexo, estado civil, profissão, naturalidade, procedência, religião
Assim começa uma história clínica.

Sou professora. Sou professora de futuros médicos. Devo 'formar' futuros médicos.

Devo ensinar-lhes a ver além do corpo físico, além do biológico, além da doença. Falo sobre a visão holística, sobre o biopsicossocial, sobre o ser humano integrado.

'Vejam além da doença'.

'Ao tocar uma alma humana, sejam apenas outra alma humana', parafraseando Jung.

Falo sobre o imprevisível,

O volátil,

O mutável,

O mundano,

O humano.

Mas a história clínica começa...

CLÁUDIO:

A autoetnografia é um gênero turvo... uma resposta à chamada... é a criação de uma cena, a contação de uma história, tecendo ligações intrincadas entre vida e arte... fazendo um texto presente... recusando categorizações... acreditando que as palavras importam e escrevendo para o momento em que o ponto de criar textos autoetnográficos seja para mudar o mundo.⁶ (p.765)

IDENTIFICAÇÃO: Nome, idade, sexo, estado civil, profissão, naturalidade, procedência, religião.

Sou professor. Sou professor de futuros professores. Devo 'formar' futuros professores.

Devo ensinar-lhes a ver além do corpo físico, além do biológico, além do comportamento. Falo sobre a visão performática, sobre o conhecimento do corpo e através do corpo.

Autoetnografia performática – um conceito contestado, sem consenso entre os teóricos da área. A autoetnografia escorrega, evita definições simplistas. É a colisão entre as ciências humanas e as artes, as teorias e as emoções, a 'performatividade'¹⁷ – o que acontece agora – e a performance – o que já aconteceu (estudo feito) – é a presença do corpo do(a) pesquisador(a) na linha de frente da pesquisa, no momento da criação (texto ou a performance/apresentação).

Autoetnografia não é técnica. Não possui uma cartilha ensinando passo a passo. Não tem 1, 2 e, depois, o 3. Não tem receita. Não aceita fôrmas.

Autoetnograficamente em minhas performances

Falo sobre o imprevisível,

O volátil,

O mutável,

O mundano,

O humano.

Às vezes, acredito, não consigo ver além da doença

Acadêmica

Mas a história clínica começa...

ALINE:

Etnografia não é uma prática inocente. Nossas práticas de pesquisa são performativas, pedagógicas e políticas. O pedagógico é sempre moral e político; através da adoção de um modo de ver e de ser, ele desafia contextos, ou endossa o oficial, as formas hegemônicas de ver e representar o outro.⁸ (p. 422)

IDENTIFICAÇÃO: Nome, idade, sexo, estado civil, profissão, naturalidade, procedência, religião
Como mudar paradigmas seguindo as fôrmas que os criaram?

Aline, 35 anos, sexo feminino, casada, médica, natural e procedente de Fortaleza, católica.

Isso me identifica?

Isso identifica alguém? NÃO.

É possível mudar paradigmas seguindo as fôrmas que os criaram? NÃO.

Como fazê-lo, então, se nós, médicos, somos cria de um pós-positivismo (re)nascente, que ignora e desqualifica outros paradigmas e se sustenta em princípios como auditoria, eficiência e avaliação, a fim de atender às demandas de um neoliberalismo em expansão⁹?

Devo formar profissionais

Adequados às exigências da economia global?

Ou médicos 'mais humanos'?

Como formar médicos mais 'humanos' partindo de uma ciência que se propõe neutra? Que ignora, exatamente, a imprevisibilidade do humano? Como valorizar o holístico partindo de uma ciência médica que nega a subjetividade?

Quem define 'humano'?

A subjetividade vista como

Viés, bias, erro.

No entanto, o que acontece quando eu – médica, pesquisadora, mãe e mulher – sou o erro¹⁰?

A objetividade como referência de rigor metodológico sublima o subjetivo.

A técnica, é fato, não admite erros. A técnica não é subjetiva. A técnica faz parte da medicina. Roteiros funcionam bem como forma inicial de fixação de procedimentos. Isso é inquestionável.

Mas seriam os médicos

MERAMENTE

Técnicos?

Um médico é – ou deveria ser – bem mais que um técnico.

Críticos, feministas, pós-estruturalistas, representantes dos estudos da performance e da teoria queer nos mostraram que a própria ciência não é meramente técnica. Esses pesquisadores trouxeram à tona limitações ontológicas, epistemológicas e axiológicas das investigações tradicionais, permitindo questionamentos que os levaram, posteriormente, a repensar os objetivos e as formas de investigação^{6,9,11-14} e a perceber os 'achados' e 'fatos' científicos como intrinsecamente ligados ao paradigma utilizado para representá-los¹⁵.

Afinal, algum paradigma poderia se arvorar como representante único da ciência?

Posso encaixotar a ciência, em fôrmas padronizadas?

Devo formar médicos.

Devo enformar médicos?

CLÁUDIO:

Definindo uma cena, contando uma história, tecendo ligações intrincadas entre vida e arte, experiência e teoria, evocação e explanação ... e, em seguida, deixar ir, esperando os leitores que irão trazer a mesma atenção cuidadosa às suas palavras no contexto de suas próprias vidas.⁶ (p. 765)

A Autoetnografia da Performance veio para mim com um nome. Foi assim que aprendi com Norman Denzin. Dentro do campo dos estudos das performances, a autoetnografia se situa nas interseções entre movimentos como: Feminismo de terceiro mundo, Estudos Culturais, Teoria Queer e pedagogia crítica Freiriana. Funciona para desestabilizar/subverter a supremacia/dicotomia entre: mente e corpo, teoria e método, o pessoal e o político, pesquisador e sujeito, tão comuns na produção de conhecimento acadêmico, quando a performance do oprimido dá nome a experiências de muitos por meio das experiências de um¹⁶.

Passado

Memórias que

Universalizam nas suas particularidades.

Eu pergunto:

Como estas coisas aconteceram e acontecem?

Como estas circunstâncias históricas e políticas vieram à tona, articulando e mantendo, desta forma, estas condições opressoras?

Nunca pergunto o porquê. Nunca o causal, mas

Uma série de narrativas 'autointerpretadoras' que desafiam o status-quo.

Estruturando a pesquisa deste modo, nos permitimos imaginar um modelo de performance que é

Representacional em sua arte e criação
Que é construído nos 'i's de Conquergood¹⁴
'Imaginação, inquérito, intervenção'
Nos 'a's de Conquergood
'Arte, análise e ativismo'
Nos 'c's de Conquergood
'Criatividade, crítica, cidadania'.
Mimesis, poesis, kinesis
Imitação, poesia, e movimento.

O tripé teórico dos estudos da performance.

ALINE:

Questões de sobrevivência pessoal motivam a produção acadêmica... Eu estou explorando e às vezes expondo minha própria vulnerabilidade racial, de gênero e crítica cultural como um método de compreensão de si e do outro, eu como o outro, enquanto me envolvo em performances (escritas e incorporadas), que procuram transformar as condições sociais e culturais sob que vivo e trabalho.¹⁷ (p. 433)

A autoetnografia da performance veio pra mim como uma resposta.

Uma pesquisa multicêntrica evidenciou uma regressão da competência de juízo moral entre estudantes de medicina brasileiros ao longo do curso de graduação¹⁸.

Como professora, eu perguntava

Como estas coisas aconteceram e acontecem?

Como estas circunstâncias históricas e políticas vieram à tona, articulando e mantendo, desta forma, estas condições opressoras?
 Eu perguntava o porquê, o causal.
 E na ânsia pela causa ignorei
 Uma série de narrativas 'autointerpretadoras' que desafiam o status quo.
 Eu perguntava... mas a resposta era sempre incompleta. Faltava algo...

Faltava EU

A autoetnografia veio pra mim como uma resposta. Não do porquê, mas do quando, do onde e do como

O pesquisador se encontra com o outro
 O pesquisador se encontra
 Eu e o outro
 Eu como o outro ¹⁷
 Eu sou professora de um curso de medicina.
 Eu, a criança pobre da casa de taipa e do conjunto habitacional.
 Se há regressão da competência de juízo moral entre os estudantes ao longo do curso,
 Eu sou responsável.
 O que NÓS estamos ensinando?
 O que EU estou ensinando?
 Eu estou formando médicos ou enformando médicos?
 Quais fôrmas estão modelando o juízo moral desses estudantes?
 O que é moral?

CLÁUDIO:

Por favor, lembrem-se, pessoas bonitas, não estamos à procura de verdade aqui. Estamos performando o passado não para reconhecê-lo da maneira que realmente foi, mas para nos apoderarmos da memória como lampejos em um momento de perigo, para encarnar e recriar o passado não como uma sucessão de eventos, mas como uma série de cenas, invenções, emoções, imagens e histórias [...].¹⁹ (p.243)

O pesquisador como o outro... quem fala por quem? Dentro de qual sistema de poder? O que constitui o conhecimento acadêmico legítimo? Quais são os corpos excluídos da produção de conhecimento e das salas de professores de nossas universidades?
 Em nenhum momento, queremos impor que este é o único modelo de se escrever uma pesquisa qualitativa contrária a ideologias dominadoras, mas, sim, afirmar que as ciências sociais ainda são colonizadas por ontológicos dualismos (binários): idealismo-materialismo, mente-corpo, pesquisador-sujeito, ciência-arte.
 É possível que o faxineiro, o prostituto, o membro de gangue se transforme no etnógrafo, produtor de conhecimento? Sem ter de enterrar suas experiências debaixo de camadas de teorias e outras tecnologias de justificação de conhecimento acadêmico? Ou seres humanos em posições de marginalização serão sempre relegados à posição de sujeitos do objeto de estudo?

O que falta?
 Faltava EU
 Eu, a criança da casa sem forro da rua de terra,
 O faxineiro da grande *University of Illinois*
 O que falta?
 As memórias de vida

Vivi da e na pobreza, cercado de um racismo e um classismo desumano, que somente intelectuais ou escritores podem romantizar, condenando gerações de desiguais neste pedaço de terra que o colonizador chamou de Brasil.

A autoetnografia veio pra mim como uma resposta. Não do porquê, mas do quando, do onde e do como

O pesquisador se encontra com o outro
 O pesquisador se encontra
 Eu e o outro
 Eu como o outro¹⁷
 Eu sou professor de uma faculdade estrangeira.
 Mas continuo sendo o faxineiro¹⁹.

ALINE:

Tenho dez anos. Estou na 5ª série do Ensino Fundamental. Minha mãe não tem dinheiro para comprar meus livros didáticos. Alguns ela conseguiu no sebo, nas calçadas do centro da cidade, outros não. Tenho dez anos e reclamo.

'Como vou fazer as tarefas? Como vou aprender a matéria?'

No auge das minhas lamúrias, escuto minha avó – Minha avó semianalfabeta, agricultora sem estudos: 'Deixe de frescura! E por acaso a matemática mudou?' – Fala apontando para uma estante repleta de livros velhos que tinham servido aos estudos dos seus filhos. Sim, a agricultora semianalfabeta guardara os livros.

'Mudou sim' – responde a arrogante menina de 10 anos.

'Não mudou, não. Podem ter inventado jeitos diferentes de dizer a mesma coisa, mas ainda é a mesma matemática. Estuda esses livros e assiste as aulas. Se tiverem outros jeitos de fazer as mesmas contas, é bom que você aprende todas.'

'Mas e as tarefas de casa?'

'Oxente! E por acaso você tá indo pra escola pra fazer as tarefas de matemática ou pra aprender matemática?'

'Mas tem ponto pelas tarefas...'

'E você tá preocupada com os pontos ou em aprender? Entende uma coisa, menina, você não vai repetir de ano por não ter feito as tarefas, você vai repetir de ano se não aprender. Não se importe com pontos ou com notas. Aprende. É pra isso que você tá na escola.'

Moral, mais que um conceito, é uma ideia

etérea e amorfa.

Baseia-se na inserção dos princípios internos na cultura – na subjetividade – de modo que não é única, mas plural²⁰, uma vez que plurais são as sociedades e as comunidades que as compõem, com uma diversidade de sentimentos, necessidades, desejos e crenças morais²¹.

A pesquisa com os estudantes de medicina, todavia, não se propôs a avaliar a moral, mas sim a competência de juízo moral, compreendendo-a como a habilidade de realizar julgamentos morais baseados em princípios morais internos e agir de acordo com tais julgamentos, na conjuntura de uma prática reflexiva¹⁸.

Minha avó, a agricultora semianalfabeta, reconhecia o valor do juízo moral.

'Aprende. É pra isso que você tá na escola.'

Eu, no auge da arrogância dos meus dez anos de idade, agia de acordo com a moral heteronômica – minha moral se guiava pela recompensa ou pela punição secundárias ao cumprimento ou não da lei. Minha avó me ensinou sobre a moral autônoma, interna, com compreensão clara dos seus significados e da própria consciência individual²². Não que tenha aprendido ali, aos dez anos de idade, mas este momento me trouxe sentimentos viscerais. Acatei o conselho da velha senhora semianalfabeta, porque, contrariamente ao que aprendia no sistema oficial, suas palavras fizeram sentido, entraram em mim.

Meu corpo como um todo 'sabia' que a avó estava certa, mesmo que a capacidade de teorização viesse muitos anos depois (e após vários tropeços e retomadas). Nessa ocasião, entretanto, minha avó me proporcionou uma experiência de abandono da moral autoritária e me convidou a valorizar e adotar a moral do respeito mútuo e da autonomia Freireana. Minha avó me proporcionou um modelo ético do ponto de vista da oprimida que valoriza um sistema educacional e político que apoia os ideais de carinho, esperança e liberdade. A esperança em Paulo Freire é ontológica, moral e ética²³.

Falamos para os nossos alunos sobre o 'todo', sobre não fragmentar a pessoa do paciente e sobre o atendimento 'humanizado'. Mas o que estamos ensinando aos nossos alunos a valorizar? O que o sistema de saúde vigente – público e privado – os ensina a valorizar?

Para que nossos alunos estão na escola?

Falamos de 'humanização' para médicos que atuarão em um sistema híbrido, que carrega as desvantagens da lógica de mercado para o serviço público e os excessos burocráticos do público para o privado. Os egressos atuarão em um mercado regido pelas regras da saúde complementar, onde serão remunerados por procedimento, e não por ações em prol do alcance de metas sanitárias^{24,25}. Desejamos médicos críticos, reflexivos, cidadãos e autônomos, capazes de atuar nos diversos níveis de atenção à saúde²⁶, mas os preparamos para um sistema neoliberal regido pela lógica contábil.

Paradoxos

(Que a gente habita)

De um mercado onde as estruturas dos sistemas de saúde, econômico e político, gritam, em vibrações uníssonas e constantes, a desvalorização do médico generalista, enquanto silencia sobre

- Cumplicidade no genocídio contemporâneo –

A morte de negros, pobres, favelados, homossexuais

Quem terá mais força para orientar o juízo de competência moral desses estudantes:

Os ideais da academia ou do mercado?

Até que ponto a academia está desvinculada do mercado?

Até que ponto a academia está desvinculada do projeto colonialista?

Afinal, ensinamos sobre a importância do todo em ambulatórios cada vez mais especializados.

Eu não sou uma médica generalista.

Quantos de nós, professores das escolas médicas, são médicos generalistas?

Qual o paradigma que orienta a educação médica?

Essas inquietações não são apenas minhas. A busca por atualizações curriculares, que se traduzam em mudanças sensíveis na postura médica, tem mobilizado diversos educadores e pesquisadores. Sem, de forma alguma, questionar a importância desse processo, creio ser necessário compreendermos que, antes do método, vem o paradigma.

Devo formar médicos?

Devo enformar médicos?

Se, durante a implantação de uma nova metodologia/teoria de ensino com potencial transformador, ancorarmos nossas práticas, nosso discurso e nossas ações nos mesmos paradigmas que orientam a medicina fragmentada e hospitalocêntrica, não haverá mudança, apenas cosmiatria.

Em seu artigo *Performance como um ato moral*, Dwight Conquergood¹⁴ traça um mapa com quatro instâncias de armadilhas éticas, com as quais nos deparamos de forma bastante frequente na prática médica. Ao nos apropriarmos indevidamente do outro, de seus atributos ou de sua cultura, ao trivializarmos ou banalizarmos o outro, ao atuarmos guiados pelo fascínio pelo exótico, despersonalizando o que nos é diverso; ou ao mantermos um distanciamento indiferente, niilista, assumimos posturas moralmente problemáticas. Enquanto não estivermos prontos para nos reconhecer nessas armadilhas, não seremos capazes de fugir delas.

Para Denzin^{3,8,9}, é necessário retomarmos o vínculo entre a Universidade e a Sociedade, envolvendo o complexo metodologia/problemas sociais/políticas públicas, para que se viabilizem mudanças com justiça social.

Concordo com ele.

E aqui retorno à questão paradigmática e à necessidade de discuti-la antes do método. Estamos enquadrados pelas regras pós-positivistas. Ignoramos os paradigmas divergentes. Nos arvoramos o direito de excluir a subjetividade da ciência.

Técnica ----- ou ----- Arte
Arthé

Artesanato. Técnica e Arte.

O objetivo aplicado ao subjetivo – O sujeito é o foco da ação.

O subjetivo como alternativa ao objetivo – individualizando, caracterizando, humanizando a frialdade da técnica.

Não existem dados. Existem experiências vividas.

Vividas por sujeitos?

(Sujeitos enformados?)

Sujeitos não.

Pessoas.

Muitas em sofrimento... muitas em nossos hospitais... vestindo branco ou não.

Não há ponto nulo ou neutro no universo moral¹⁴. Conquergood, porém, nos propõe uma alternativa, ao introduzir o conceito de 'performance dialógica'.

Diferentes vozes,

visões de mundo,

sistemas de valores

sistemas de crenças,

dialogando entre si.

Em vez de falar sobre 'outro', falar para e com eles, a fim de obter "uma compreensão dialógica que não termine na empatia"¹⁴ (p. 9). Para fugir das armadilhas éticas, empatia não é o bastante.

Se pretendo formar médicos mais 'humanos'.

Então preciso des-en-fôrma -los.

Como ensinar meu aluno a olhar para o outro, se o ensino a ignorar sua própria subjetividade? Como ensiná-lo a dialogar com seu cliente de maneira 'humana', perpetuando as posições de poder? Como ensiná-lo a ser mais 'humano' se não falo do mais humano dos eventos – o erro?

Empatia não é o bastante para escaparmos do pântano das ciladas morais. Pode haver empatia mesmo em uma relação de disparidade de poder, atuando em parceria com a cortesia e a condescendência – uma concessão baseada em impulsos colonialistas.

CLÁUDIO:

Nenhuma escrita é inocente.⁹ (p.12)

Eu chamo a minha escrita de performativa, não por ser escrita de forma diferente da convencional. Isso não é suficiente. Em vez disso, busco formas de escrita que: façam a textualidade tremer tanto com perda como com a possibilidade – com, entre outras coisas, os limites de epistemologias textuais, a pressão de vários 'outros' na sua forma e, claro, a marca de sua própria insuficiência para abranger a 'topografia vital e carnal' que projeta, e a volatilidade das várias 'estimativas' a que se deve sucumbir.²⁷ (p. 44)

Paradoxos

Que a gente habita

De um mercado onde as estruturas dos sistemas educacional, econômico e político gritam, em vibrações uníssonas e constantes, a desvalorização do professor transgressor, enquanto silencia sobre

- Cumplicidade no genocídio contemporâneo –
A morte de negros, pobres, favelados, homossexuais.
Corpos diferentes e excluídos
do Ensino Superior

Como escrever esta 'estória'? A minha história? A história de tantos marginalizados em representações e geografias fixadas? É preciso uma escrita diferente, performática²⁷. A escrita transgressora e nervosa. Nervosa não apenas porque inclui sentimentos de raiva, compaixão, sofrimento, ou, mesmo, a totalidade de minhas emoções. Nervosa não apenas no mero olhar de uma leitura superficial ou da ansiedade proveniente de posições de injustiça; nervosa não apenas de um sentimento de isolamento, que vem pelo fato de não 'pertencer' à estrutura de ensino, mas da interseção concreta entre biografia e história; a escrita nervosa que segue o modelo corporal:

ela opera por retransmissão sináptica, desenhando um momento carregado em outro, constituindo o conhecimento em um processo contínuo de transmissão e encaminhamento, encontrando no jogo amplo da textualidade uma urgência que mantém o que equivale a viagens turísticas textuais, e que liga o/a viajante a seu curso surgindo como uma carga elétrica para a sua conduta.²⁸ (p. 91)

Uma escrita que, como nosso corpo vivente, expõe as quebras e rachaduras de nossa existência... Afinal, quantos de nós, acadêmica(o)s, somos crianças das casas de taipa, dos conjuntos habitacionais, sem asfalto, com telhados de Eternit que derretem o tão famoso cérebro de corpos sem dinheiro e com comida e livros contados. Uma escrita que honre estórias e histórias de sofrimento de corpos que, mais frequentemente, habitam a posição de sujeitos da pesquisa, que a posição de poder de pesquisador. Uma escrita que desafie a preferência acadêmica pelo conhecimento visceral tanto quanto valoriza a construção teórica.

Não sou apenas a criança pobre ou o faxineiro; estes não estudam filosofia, história e teoria pós-colonial, sob a orientação de um sociólogo famoso. Uma escrita performática que vem de mundos de dor e sofrimento, sendo com eles comprometida, e não apenas com as instituições acadêmicas que pagam nosso salário. Uma escrita que busca uma estética que tenta escapar das páginas (reconhecendo esta impossibilidade), pois vidas, sobretudo em situações de opressão, não cabem de forma alinhada dentro de páginas organizadas e puras de uma ciência mais tradicional. A escrita da autoetnografia da performance também refuta a crítica simplista que, mascarada em forma interrogativa e nunca inocente, diz: 'Ah, então somente o pobre pode escrever do pobre?' Claro que não. A resposta para essa questão (nunca) 'inocente' já foi respondida de várias formas, por várias correntes teóricas, a começar pelo feminismo. Também não é a negação da teoria, mas uma prática pedagógica, científica e política que busca inclusão; onde a experiência vivida é tão importante quanto a construção teórica. Acredito em teorias que ajudam a entender a sociedade humana da mesma forma que acredito que experiências vividas – nossas vidas – alteram e influenciam as construções teóricas que criamos. História, como toda produção de conhecimento, não se autoescreve. Ponto! Quem terá mais força para orientar o juízo de competência moral desses estudantes e professores: Os ideais da academia ou do mercado?

Até que ponto a academia está desvinculada de um mercado?

Escrevo do erro, sou o erro¹⁰.

Falo da ferida que é a minha boca²⁹.

Paradoxos

Que a gente habita

ALINE:

A acadêmica está realizando o atendimento. A paciente buscava uma avaliação geral de sua condição ginecológica. Entre as perguntas: É casada? Não. Mas tem parceiro fixo? Sim. Tem filhos? Não. Nunca engravidou? Não. Usa qual método para prevenir gravidez? Nenhum. Você quer engravidar? Não. Do alto de seu poder de futura médica, tem início o discurso que lhe fora ensinado, proferido por uma voz tranquila e uniforme:

'Se você não quer engravidar, precisa utilizar um método contraceptivo. Você não pode deixar por conta da sorte. Sei que a gente pensa que nunca vai acontecer com a gente, mas acontece! Você precisa se cuidar.'

Ela havia sido ensinada a buscar estabelecer empatia. Empatia estabelecida com um discurso padrão. Concessão...

'Você precisa se cuidar.'

'Doutora, eu sou lésbica.'

Assisti uma brilhante aluna desmontar. Não sabia como falar, onde posicionar as mãos, o que perguntar, o que abordar. Ela havia sido ensinada sobre o holístico, sobre o biopsicossocial. Mas não estava preparada para lidar com diferentes questões de gênero. Que todo é esse que ensinamos aos nossos alunos? Buscar o todo partindo de um paradigma que reduz pessoas a

IDENTIFICAÇÃO: Nome, idade, sexo (biológico), estado civil, profissão, naturalidade, procedência, religião

Levará a um todo compartimentado.

Se aceito a inter-relação entre maturidade de juízo moral e autonomia²², posso, como professora de um curso de medicina, assentar minhas ações sobre paradigmas reducionistas e exclusivistas? Existe autonomia em moldes, em fôrmas?

Parte dos pesquisadores das ciências sociais refletiram sobre a importância de resistir a impulsos colonialistas¹¹, explorando, inclusive, a dualidade entre falar sobre e resistir às experiências vividas^{12,17,30-32} ao invés de ocultar estas questões ou assumir que elas não existem.

A autoetnografia performática está presente (e resiste) nas ciências sociais.

E nas chamadas 'Ciências da Vida'? Podem as 'ciências da vida' ser inexoravelmente separadas das ciências sociais? Não. Tanto que são três os pilares a sustentar o campo de conhecimento da Saúde Coletiva: a Epidemiologia, as Ciências Humanas e Sociais em Saúde e a Gestão/Planejamento de serviços³³.

Daí retorno à questão paradigmática. Percebendo o papel das Ciências Sociais na Saúde (e, por que não, da Saúde nas Ciências Sociais), fica a pergunta: Sobre qual paradigma eu me assento? Quais ideias me orientam? Como encaro as subjetividades? Determinados paradigmas que objetificam a subjetividade atendem às urgentes necessidades de transformarmos a pesquisa e a atuação dos profissionais de saúde?

Diante desses questionamentos, lembro Judith Butler:

Se eu for de um determinado gênero, ainda serei considerado/a como parte humano/a? Irá a 'humanidade' se expandir para me incluir? Se eu desejar um determinado caminho, eu serei capaz de viver? Existirá um lugar para a minha vida e ela será reconhecível para outros de quem minha existência social depende?⁷ (p.3)

E então percebo

Eu não sou

Introdução

Método

Resultado

Discussão

Considerações Finais

Eu sou

Caos

Eu sou/não sou eu/Se sou

Uma arena de transformação, um espaço de lutas e mudanças que buscasse descolonizar a produção do conhecimento acadêmico – Esse é o papel da academia!^{9,30}

Transgressão

Romper limites

Quebrar as fôrmas

Paulo Freire é enfático ao assinalar a tradição autoritária enraizada em nossa cultura, que apenas pode ser rompida pelo estabelecimento de estruturas democráticas. Ele nos fala que “há entre nós um gosto de mandar, de submeter os outros a ordens e determinações de tal modo incontido que, enfaixando nas mãos 5 centímetros de poder, o portador deste poder tende a transformá-lo em 10 metros de arbítrio”³⁴ (p. 201). Para Freire, não há autonomia sem a democratização consolidada na dinâmica dialética. Se, contudo, quisermos ser coerentes com nossa opção democrática, não podemos ceder a impulsos colonialistas; não podemos ditar regras verticalmente; não podemos impor a democracia³⁵;

Não podemos enformá-la!

Juízo moral depende de autonomia. Só há autonomia com a democratização do ensino. Não há, entretanto, nada de democrático em perpetuarmos um paradigma único, que ignora outras formas de conhecimento ao redor, olhando-os do alto, como um senhor que, complacente, se hasteia o poder de conceder voz a um grupo minoritário. Tenho uma novidade para os partidários dessas ideias:

Nós não damos voz a

NINGUÉM

Além de nós mesmos.

Uma convulsão de vozes grita em todas as direções. Nós as ouvimos? Nós as gritamos? Nós reconhecemos a importância de ouvir e gritar?

Não o mercado, as evidências, os ‘dados’

O humano

Um ‘humano’ que me inclua e não me molde.

Preparamos nossos alunos para ouvir? Preparamos nossos alunos para gritar? Eles estão preparados para não serem ouvidos? Nós estamos preparados para não sermos ouvidos? Lembramos disso ao não nos dispormos a escutar? Se respondermos que não, não estamos preparados para uma educação democrática, capaz de trabalhar o juízo moral e a autonomia de nossos alunos.

Ouvi-las.

Não usurpá-las, banalizá-las, desumanizá-las pela curiosidade ou desqualificá-las¹⁴.

Mas conhecê-las.

Re-conhecê-las.

Não falar sobre elas, mas com elas.

SER elas.

Aqueles que insistem na pureza de uma ciência canônica, defendem uma única perspectiva de pesquisa: branca, masculina, heterossexual, que não só ignora outras formas de conhecimento, mas, também significa que as outras maneiras são necessariamente insatisfatórias e inválidas – não científicas.

É necessário construir um diálogo entre os diferentes paradigmas e entre organismos e agências nacionais e internacionais que regulam as ciências. As comunidades interpretativas necessitam desenvolver formas de comunicar-se entre si e aprender umas com as outras se pretendem dar conta dos problemas da sociedade e da justiça social⁹.

Segundo Pollock¹⁰, o ‘eu’ da modernidade e da pós-modernidade, geralmente, exclui o apaixonado, o excessivo, o errante, o coletivo, e, muitas vezes, o exuberantemente irregular por meio da reprodução sistemática da igualdade.

Qual o sentido de holístico? Qual o sentido de biopsicossocial? O que devo enxergar além da doença? Que todo é esse que busco, excluindo o passional, o excessivo, o errante e o exuberantemente irregular?

Como professora, ao me permitir declarar minhas dúvidas, não pretendo minimizar toda a luta existente pelo aprimoramento do ensino médico. Ao contrário, pretendo fortalecê-la. Ao mostrar, a meus alunos, que tenho dúvidas, os liberto para que também possam tê-las. Ao questionar um modelo único de ciência, não pretendo desqualificar os métodos hegemonicamente utilizados, mas mostrar que sua unicidade, por ser antidemocrática, é incompatível com as mudanças urgentes necessárias ao ensino médico.

Aline e Claudio concordam, com Denzin^{3,8,9}, que a autoetnografia da performance é um ato de intervenção, um método de resistência, uma forma de criticismo, uma das maneiras de fortalecer a(o) oprimida(o) como um agente empoderada(o) de poder político¹⁷. Desse modo, no momento em que a estória é contada – performada – a autoetnografia da performance se transforma em uma pedagogia pública, usando sua escrita estética como fundação que está fincada nas interseções entre corpos, instituições, políticas públicas e experiências vividas. No momento da performance, corpórea ou textual, a autoetnografia atua na tensão existente entre a narrativa que necessita e, ao mesmo tempo, resiste em ser contada... o puxar e empurrar de nossas histórias, o empoderamento e vulnerabilidade de nossas vidas expostas como conhecimento acadêmico; conhecimento este até então negligenciado pela academia brasileira.

Unimos nossas vozes às de Denzin, Lincoln e Alexander, em busca de um lugar na academia onde exista a possibilidade de aproximações teóricas que insistam na intimidade, no envolvimento, no aqui e agora de nossas vidas como intelectuais...

Este artigo não se propõe a ter respostas definitivas. Ele nasceu da dúvida, da lacuna, do espaço de fronteira, da ausência de certezas, de um buraco na fôrma que nos permite escorrer e perder a forma fixa e dura.

Nós não enformamos intelectuais

Somente procuramos uma forma de fazer ciência onde não falte

NÓS
Onde não falte
CAOS.

Colaboradores

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

Referências

1. Denzin N, Lincoln Y. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
2. Lincoln Y, Guba E. Controvérsias paradigmáticas, contradições e confluências emergentes. In: Denzin NK, Lincoln YS, organizadores. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2006. p. 169-92.
3. Denzin N. The qualitative manifesto: a call to arms. Walnut Creek: Left Coast Press; 2010.
4. Steuernagel M. A (in)traduzibilidade dos estudos da performance. In: Taylor D, Steuernagel M, organizadores. What is/Qué son los estudios de/ O que é estudos da Performance [Internet]. Uberlândia: Associação Brasileira de Pesquisa; 2015 [citado 5 Jun 2015]. Disponível em: <http://scalar.usc.edu/nehvectors/wips/index>.
5. Pollock D. Telling bodies/performing birth. New York: Columbia University Press; 1999.
6. Holman Jones S. Autoethnography: making the personal political. In: Denzin N, Lincoln Y, organizadores. The Sage handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 763-92.
7. Butler J. Undoing gender. New York: Routledge; 2004.
8. Denzin N. Analytic autoethnography, or déjà vu all over again. J Contemp Ethnogr. 2006; 35(4):419-28.
9. Denzin N. Performance ethnography: critical pedagogy and the politics of culture. Thousand Oaks: Sage; 2003.
10. Pollock D. The performative "I". Cult Stud Crit Methodol. 2007; 7(3):239-55.
11. Ellis C. Telling secrets, revealing lives: relational ethics in research with intimate others. Qual Inq. 2007; 13(1):3-29.
12. Ellis C, Adams TE, Bochner AP. Autoethnography: an overview. Forum Qual Soc Res. 2010; 12(1):273-90.
13. Ellis C, Bochner AP. Autoethnography, personal narrative, reflexivity. In: Denzin N, Lincoln Y, organizadores. The Sage handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 733-68.
14. Conquergood D. Performing as a moral act: ethical dimensions of the ethnography of performance. Text Performance Q. 1985; 5(2):1-13.
15. Kuhn TS. The structure of scientific revolutions. 15a ed. Chicago: University of Chicago Press; 1996.
16. Diversi M, Moreira C. Between talk: decolonizing knowledge production, pedagogy, and praxis. Walnut Creek: Left Coast; 2009.
17. Alexander BK. Performance ethnography: the reenacting and inciting of culture. In: Denzin N, Lincoln Y, editors. The Sage handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage; 2005. p. 411-42.
18. Feitosa HN, Rego S, Bataglia P, Rego G, Nunes R. Competência de juízo moral dos estudantes de medicina: um estudo piloto. Rev Bras Educ Med. 2013; 37(1):5-14.
19. Moreira C, Diversi M. When janitors dare to become scholars: a betweeners' view of the politics of knowledge production from decolonizing street-corners. Int Rev Qual Res. 2010; 2(4):457-74.

20. Boff L. *Ethos mundial*. Rio de Janeiro: Sextante; 2003.
21. Engelhardt Júnior HT. *Fundamentos da bioética*. São Paulo: Loyola; 1996.
22. Piaget J. *O julgamento moral na criança*. São Paulo: Mestre Jou; 1977.
23. Freire P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 16a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2011.
24. Bahia L, Luiz RR, Salm C, Costa AJL, Kale PL, Cavalcanti MLT. O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: uma abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a PNAD 2003. *Cienc Saude Colet*. 2006; 11(4):951-65.
25. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Lancet [Internet]*. 2011 [citado 5 Jun 2015]; Série Saúde no Brasil (1):11-31. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf.
26. 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.
27. Pollock D. A response to dwight conquergood's essay: beyond the text - toward a performative cultural politics. In: Dailey SJ, organizador. *The future of performance studies: visions and revisions*. Annandale: National Communication; 1998. p. 37-46.
28. Pollock D. Performing writing. In: Phelan P, Lane J, organizadores. *The ends of performance*. New York: New York University Press; 1998. p. 73-103.
29. Weems ME. *Public education and the imagination-intellect: I speak from the wound in my mouth*. New York: Peter Lang; 2003.
30. Moreira C. I hate chicken breast: a tale of resisting stories and disembodied knowledge construction. *Int J Qual Stud Educ*. 2012; 25(2):151-67.
31. Moreira C. Mother is not brown: the "unmarked" performance of keeping the hair straight or the unpolitical racial performance of mother's hair. *Qual Inq*. 2013; 19(8):547-51.
32. Moreira C, Diversi M. Missing bodies: troubling the colonial landscape of American academia. *Text Performance Q*. 2011; 31(3):229-48.
33. Paim JS. Planejamento em Saúde para não-especialistas. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 767-82.
34. Freire P, Freire AM. *Pedagogia dos sonhos possíveis*. São Paulo: Editora UNESP; 2001.
35. Freire P. *Política e educação: ensaios*. 5a ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Nesta autoetnografia performática, os autores exploram a simultaneidade de contar e resistir histórias de experiências vividas como educadores. Usando nossas vidas como recurso, utilizamos nossas experiências como professores, responsáveis pelo processo de formação de nossos futuros colegas, empregando a autoetnografia (AE) da performance e a escrita performática (EP) como nosso referencial teórico-metodológico. A EP da AE revela uma tensão entre passado e presente; uma tensão produtiva entre a aparência e a realidade, bastante necessária na manutenção da sanidade intelectual em nossos cotidianos. De muitas maneiras, este artigo é um roteiro de uma performance – um diálogo crítico sobre AE e EP na academia brasileira; uma teorização coletiva sobre autoetnografia performática e as particularidades das experiências escavadas neste processo; uma performance na escrita; uma performance encenada diante de uma plateia ao vivo; uma performance, na página, para os leitores interessados.

Palavras-chave: Autoetnografia. Estudos da performance. Escrita performática.

Forms, formers and fragments: performance and auto-ethnographic exploration of gaps, breaches and cracks in academic knowledge production

In this performance auto-ethnography, we explore the simultaneity of both telling and enduring stories of experiences as educators. Using our lives as the source, we build upon our experiences of professor, responsible in the process of educating our new colleagues using autoethnography (AE) and performance writing (PW) as our theoretical and methodological framework. The PW of AE reveals a tension between past and present; a productive tension between appearance and reality that is needed in maintaining intellectual sanity in daily life. In many ways this essay is a performance script – a critical turn-taking dialogue with and about AE and PW in Brazilian academic world; a collective theorizing on performance autoethnography and the particularity of the experiences surfacing in the process; a performance in the writing; an actual staged performance in front of a live audience; a written performance for interested readers.

Keywords: Autoethnography. Performance studies. Performance writing.

Formas, moldes y fragmentos: una exploración performática y auto-etnográfica de las lagunas, quiebras y resquebrajaduras en la producción de conocimiento académico

En esta auto-etnografía performática, los autores exploran la simultaneidad de contar y resistir historias de experiencias vividas como educadores. Usando nuestras vidas como recurso, utilizamos nuestras experiencias como profesores, responsables por el proceso de formación de nuestros futuros colegas, empleando la auto-etnografía (AE) de la performance y la escritura performática (EP) como nuestro referencial teórico metodológico. La EP de la AE revela una tensión entre pasado y presente, una tensión productiva entre la apariencia y la realidad, bastante necesaria en el mantenimiento de la sanidad intelectual en nuestros cotidianos. De muchas maneras, este artículo es un guión de una performance – un diálogo crítico sobre AE y EP en la academia brasileña, una teorización colectiva sobre auto-etnografía performática y las particularidades de las experiencias escavadas en este proceso, una performance en la escritura, una performance puesta en escena ante un público en vivo, una performance, en la página, para los lectores interesados.

Palabras clave: Auto-etnografía. Estudios de la performance. Escritura performática.

Recebido em 09/03/16. Aprovado em 26/06/16.

**CONSELHO EDITORIAL CIENTÍFICO/SCIENTIFIC
EDITORIAL BOARD/CONSEJO EDITORIAL CIENTÍFICO**

Adriana Kelly Santos, UFV
Afonso Miguel Cavaco, Universidade de Lisboa, Portugal
Alain Ehrenberg, Université Paris Descartes, France
Alcindo Ferla, UFRGS
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 Abadía-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
Eunice Nakamura, Unifesp
Fernando Peñaranda Correa, UFPR
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
George Dantas de Azevedo, UFRN
Graça Carapinheiro, ISCTE, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPR
Gustavo Nunes de Oliveira, UnB
Helena Maria Scherlowski Leal David, UERJ
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
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
Luciana Kind do Nascimento, PUCMG
Luis Behares, Universidad de la Republica Uruguai, Uruguai
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Unifesp
Luiz Fernando Dias Duarte, UFRJ

Lydia Feito Grande, Universidad Complutense de Madrid,
Espanha
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
Raquel Rigoto, UFCE
Regina Duarte Benevides de Barros, UFF
Reni Aparecida Barsaglini, UFMT
Ricardo Burg Ceccim, UFRGS
Ricardo Rodrigues Teixeira, USP
Ricardo Sparapan Pena, UFF
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, UFRN
Túlio Batista Franco, UFF



APOIO/SPONSOR/APOYO

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