

 **interface**  
comunicação, saúde e educação

2017: 21(60) ISSN 1807-5762

UNESP



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

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

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

**EDITOR-CHEFE/CHIEF EDITOR/EDITOR JEFE**  
Antonio Pithon Cyrino, Unesp

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

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

**EDITORES JUNIOR/JUNIOR EDITORS/EDITORES JUNIOR**  
Francini Lube Guizardi, Fiocruz  
Tiago Rocha Pinto, UFRN

**EDITORES ASSISTENTES/ASSISTANT EDITORS/EDITORES ASISTENTES**  
Ana Flavia Pires Lucas D’Oliveira, USP  
Claudio Bertolli Filho, Unesp  
Roseli Esquerdo Lopes, Ufscar  
Vera Lúcia Garcia, Interface - Comunicação, Saúde, Educação

**EDITORES ASSOCIADOS/ASSOCIATE EDITORS/EDITORES ASOCIADOS**  
Alejandro Goldberg, UBA, Argentina  
Ana Domínguez Mon, UBA, Argentina  
Cássio Silveira, FCM, Santa Casa  
Charles Dalcanale Tesser, UFSC  
Chiara Pussetti, Universidade de Lisboa, Portugal  
Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, UFRGS  
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp  
Elisabeth Meloni Vieira, USP  
Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, 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 Dionísia do Amaral Dias, Unesp  
Mónica Petracci, UBA, Argentina  
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL  
Patrícia Natalia Schwartz, UnB  
Rosamaria Giatti Carneiro, UnB  
Rosana Teresa Onocko Campos - Unicamp  
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp  
Silvio Yasui, Unesp  
Simone Mainieri Paulon, UFRGS  
Victoria Maria Brant Ribeiro, UFRJ

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

**EDITOR DE ENTREVISTAS/INTERVIEWS EDITOR/EDITOR DE ENTREVISTAS**  
Pedro Paulo Gomes Pereira, Unifesp

**EDITORA DE CRIAÇÃO/CREATION EDITOR/EDITORA DE CREAÇÃO**  
Elizabeth 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  
Rodrigo A. Chiarelli Gonçalves  
**Assistente editorial/Editorial assistant/Asistente editorial**  
Renato Ribeiro  
**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**  
Ester CMA  
**Manutenção do website/Website support/Manutención del sitio**  
Nieli de Lima

**Capa/Cover/Portada:** Nice Gonçalves, 2013



Nice Gonçalves, 2013



Interface - comunicação, saúde, educação/  
UNESP, 2017; 21(60)  
Botucatu, SP: UNESP

Trimestral  
ISSN 1807-5762

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

**Filiada à**



Associação Brasileira de  
Editores Científicos



## editorial

- 5 The "Paulista way"; building collective health in the state of Sao Paulo  
André Mota; Lília Blima Schraiber; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

## artículos

- 13 Política HumanizaSUS: anclar la nave en el espacio  
Catia Paranhos Martins; Cristina Amélia Luzio
- 23 La institucionalización de las prácticas de supervisión y evaluación: retos y perspectivas desde el punto de vista de los gestores estatales del Sistema Brasileño de Salud  
André Luis Bonifácio de Carvalho; Helena Eri Shimizu
- 35 Análisis de materiales didácticos e informativos sobre dengue en Argentina  
Fernando Garelli; Mariana Sanmartino; Ana Dumrauf
- 51 Percepciones de profesionales de una red intersectorial de atención a mujeres en situación de violencia  
Elisabeth Meloni Vieira; Mariana Hasse
- 63 La percepción del trabajo en un equipo multidisciplinario de trabajadores en un Centro de Atención Psicosocial en Salvador, Bahía, Brasil  
Nilton Correia dos Anjos Filho; Ana Maria Portela de Souza
- 77 Las paradojas del trabajo en equipo en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos: explorando las articulaciones psicosociales en el trabajo de salud  
Juliana Cristina Backes; Creuza da Silva Azevedo
- 89 El Pet-Redes como transformador de prácticas de Centro de Atención Psicosocial  
Larissa de Almeida; Daniele Aparecida Fernandes Caetano; Flávio Adriano Borges; Cinira Magali Fortuna
- 99 Mutaciones biopolíticas y discursos sobre lo normal: actualizaciones foucaultianas en la era biotecnológica  
Paula Gaudenzi
- 111 Narrativas sobre síndrome de Down en el Festival Internacional de Películas sobre Deficiencia Assim Vivemos  
Ana Cristina Bohrer Gilbert
- 123 Medidas legales de atención en salud mental para adolescentes en conflicto con la ley  
Ricardo Henrique Soares; Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira; Keler Cristina Leite; Gustavo Chiesa Gouveia Nascimento
- 133 Ley de rotulación de alimentos con grasa transgénica: análisis cualitativa de consulta pública  
Vanessa Fernandes Davies; Patricia Constante Jaime

- 141 Cuerpos en el "límite" y riesgo en la musculación: etnografía sobre dolores agudos y crónicos  
Alan Camargo Silva; Jaqueline Ferreira
- 153 "Mi historia de superación": sufrimiento, testimonio y prácticas terapéuticas en las narraciones de cáncer  
Kátia Lerner; Paulo Vaz
- 165 Portafolio Reflexivo: subsídios filosóficos para una praxis narrativa en la enseñanza médica  
Bruno Pereira Stelet; Valéria Ferreira Romano; Ana Paula Borges Carrijo; Jorge Esteves Teixeira Junior
- 177 Apuestas de cambio en la educación médica: trayectorias de una escuela de medicina  
Tiago José Silveira Teófilo; Nereida Lúcia Palko dos Santos; Rossana Staevie Baduy

## espacio abierto

- 189 Un manicomio en crisis: imágenes de una experiencia de desinstitucionalización  
Fernando Sfair Kinker
- 199 Investigadores brasileños en el post-grado de antropología médica en España: relato de experiencia  
Stela Maris Aguiar Lemos; Fabiane Rosa Gioda; Fernanda Martinhago; Rinaldo Conde Bueno; Angel Martínez-Hernández
- 209 Violencia obstétrica en Brasil y ciberactivismo de mujeres madres: relato de dos experiencias  
Ligia Moreiras Sena; Charles Dalcanale Tesser

## entrevistas

- 221 Políticas de la propia vida y el futuro de las prácticas médicas: diálogos con Nikolas Rose (Parte 3)  
Sergio Resende Carvalho; Ricardo Rodrigues Teixeira

## reseñas

## creación

- 235 Mujeres de la Norô  
Flavia Liberman; Luiza Maria Escardovelli Alcântara; Nice Gonçalves; Viviane Santalucia Maximino; Thais Marques Fidalgo; Marina Guzzo

## editorial

- 5 “Paulistanidade” e a construção da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo  
André Mota; Lília Blima Schraiber; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

## artigos

- 13 Política HumanizaSUS: ancorar um navio no espaço  
Catia Paranhos Martins; Cristina Amélia Luzio
- 23 A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS)  
André Luis Bonifácio de Carvalho; Helena Eri Shimizu
- 35 Análise de materiais didáticos e informativos sobre dengue na Argentina  
Fernando Garelli; Mariana Sanmartino; Ana Dumrauf
- 51 Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência  
Elisabeth Meloni Vieira; Mariana Hasse
- 63 A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador-BA, Brasil  
Nilton Correia dos Anjos Filho; Ana Maria Portela de Souza
- 77 Os paradoxos do trabalho em equipe em um CTI-pediátrico: explorando as articulações psicossociais no trabalho em saúde  
Juliana Cristina Backes; Creuza da Silva Azevedo
- 89 O Pet-Redes como transformador das práticas profissionais em um Centro de Atenção Psicossocial  
Larissa de Almeida; Daniele Aparecida Fernandes Caetano; Flávio Adriano Borges; Cinira Magali Fortuna
- 99 Mutações biopolíticas e discursos sobre o normal: atualizações foucaultianas na era biotecnológica  
Paula Gaudenzi
- 111 Narrativas sobre síndrome de Down no Festival Internacional de Filmes sobre Deficiência Assim Vivemos  
Ana Cristina Bohrer Gilbert
- 123 Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei  
Ricardo Henrique Soares; Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira; Keler Cristina Leite; Gustavo Chiesa Gouveia Nascimento
- 133 Lei de rotulagem de alimentos em gordura trans: análise qualitativa da consulta pública  
Vanessa Fernandes Davies; Patrícia Constante Jaime
- 141 Corpos no “limite” e risco à saúde na musculação: etnografia sobre dores agudas e crônicas  
Alan Camargo Silva; Jaqueline Ferreira
- 153 “Minha história de superação”: sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer  
Kátia Lerner; Paulo Vaz
- 165 Portfólio reflexivo: subsídios filosóficos para uma práxis narrativa no ensino médico  
Bruno Pereira Stelet; Valéria Ferreira Romano; Ana Paula Borges Carrijo; Jorge Esteves Teixeira Junior
- 177 Apostas de mudança na educação médica: trajetórias de uma escola de medicina  
Tiago José Silveira Teófilo; Nereida Lúcia Palko dos Santos; Rossana Staevie Baduy

## espaço aberto

- 189 Um hospício em crise: imagens de uma experiência de desinstitucionalização  
Fernando Sfair Kinker
- 199 Pesquisadores brasileiros na pós-graduação de Antropologia Médica na Espanha: relato de experiência  
Stela Maris Aguiar Lemos; Fabiane Rosa Gioda; Fernanda Martinhago; Rinaldo Conde Bueno; Angel Martínez-Hernández
- 209 Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães: relato de duas experiências  
Ligia Moreiras Sena; Charles Dalcanale Tesser

## entrevistas

- 221 Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose (Parte 3)  
Sergio Resende Carvalho; Ricardo Rodrigues Teixeira

## resenhas

## criação

- 235 Mulheres da Norô  
Flavia Liberman; Luiza Maria Escardovelli Alcântara; Nice Gonçalves; Viviane Santalucia Maximino; Thais Marques Fidalgo; Marina Guzzo

## editorial

- 5 The “Paulista way”; building collective health in the state of Sao Paulo  
André Mota; Lília Blima Schraiber; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

## articles

- 13 HumanizaSUS policy: anchoring a ship in space  
Catia Paranhos Martins; Cristina Amélia Luzio
- 23 The institutionalization of monitoring and evaluation practices: challenges and prospects in the view of the Brazilian National Health System managers  
André Luis Bonifácio de Carvalho; Helena Eri Shimizu
- 35 Analysis of didactic and informative materials about dengue in Argentina  
Fernando Garelli; Mariana Sanmartino; Ana Dumrauf
- 51 Perceptions of professionals in an intersectorial network about the assistance of women in situation of violence  
Elisabeth Meloni Vieira; Mariana Hasse
- 63 The workers’ perceptions about the multiprofessional team work at a Psychosocial Care Center in Salvador, Bahia, Brazil  
Nilton Correia dos Anjos Filho; Ana Maria Portela de Souza
- 77 The paradoxes of teamwork at a Pediatric Intensive Unit: exploring the psychosocial joints in health care  
Juliana Cristina Backes; Creuza da Silva Azevedo
- 89 The PET-Networks as transformer of practices of a Psychosocial Care Center  
Larissa de Almeida; Daniele Aparecida Fernandes Caetano; Flávio Adriano Borges; Cinira Magali Fortuna
- 99 Biopolitical mutations and discourses about normality: foucaultian actualizations in the biotechnological age  
Paula Gaudenzi
- 111 Narratives on Down syndrome in Brazil’s International Disability Film Festival Assim Vivemos  
Ana Cristina Bohrer Gilbert
- 123 Judicial measures related to the mental health of teenagers in conflict with the law  
Ricardo Henrique Soares; Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira; Keler Cristina Leite; Gustavo Chiesa Gouveia Nascimento
- 133 Mandatory food labelling of trans fat acids: qualitative analysis of public consultation  
Vanessa Fernandes Davies; Patricia Constante Jaime
- 141 Bodies in the “edge” and risk in resistance training: ethnography about acute and chronic pains  
Alan Camargo Silva; Jaqueline Ferreira
- 153 “My story of overcoming”: suffering, testimony and therapeutic practices in cancer narratives  
Kátia Lerner; Paulo Vaz
- 165 Reflective Portfolio: philosophical contributions to a narrative praxis in medical training  
Bruno Pereira Stelet; Valéria Ferreira Romano; Ana Paula Borges Carrijo; Jorge Esteves Teixeira Junior
- 177 Betting on change in medical education: trajectories of a medical school  
Tiago José Silveira Teófilo; Nereida Lúcia Palko dos Santos; Rossana Staevie Baduy

## open space

- 189 A psychiatric hospital in crisis: images of a deinstitutionalization experience  
Fernando Sfair Kinker
- 199 Brazilian researchers in Medical Anthropology Postgraduate Studies in Spain: Experience Report  
Stela Maris Aguiar Lemos; Fabiane Rosa Gioda; Fernanda Martinhago; Rinaldo Conde Bueno; Angel Martínez-Hernández
- 209 Obstetric violence in Brazil and cyberactivism of mothers: report of two experiences  
Ligia Moreiras Sena; Charles Dalcanale Tesser

## interviews

- 221 Politics of life itself and the future of medical practices: dialogues with Nikolas Rose (Part 3)  
Sergio Resende Carvalho; Ricardo Rodrigues Teixeira

## reviews

## creation

- 235 Women of Norô  
Flavia Liberman; Luiza Maria Escardovelli Alcântara; Nice Gonçalves; Viviane Santalucia Maximino; Thais Marques Fidalgo; Marina Guzzo



## “Paulistanidade” e a construção da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo\*

Entre os anos 1950 e 1970, na chamada Era de Ouro, novas relações internacionais e a força tecnológica nascida e desenvolvida durante a 2ª Guerra Mundial produziram uma riqueza geral jamais vista e distribuída, mesmo que de forma não equilibrada mundialmente<sup>1</sup>. Nesse contexto, emergiram novas e estratégicas demandas sociais no campo da medicina, configurando-se, especialmente no caso norte-americano, forte ênfase na busca de tecnologias de prevenção<sup>2-5</sup>. O final do período também foi marcado pelo progressivo surgimento de doenças crônicas e degenerativas nos padrões de adoecimento populacional, especial desafio aos sistemas de atenção e seus custos. Nesse sentido, ainda que inicialmente de forma incipiente e diversa, o tema da prevenção foi sendo progressivamente introduzido no âmbito da pesquisa e da formação médicas. Resultou, em 1952, na cidade de Colorado Springs, em reunião de representantes das principais escolas de medicina norte-americanas<sup>6</sup>. Difundindo-se, posteriormente, em encontros similares envolvendo escolas médicas de diversos países das Américas<sup>7</sup>, promovidas pela Organização Panamericana de Saúde, as propostas discutidas voltavam-se para uma ampla reforma dos currículos de cursos médicos, no sentido de inculcar uma atitude preventiva nos futuros praticantes<sup>7,8</sup>. Tratou-se da proposta de uma “Medicina Integral”, capaz de realizar a prevenção e o tratamento de forma articulada, o que, traduzido para o currículo médico, conformou a disciplina de Medicina Preventiva<sup>9</sup>.

Diversos organismos internacionais do campo da saúde aderiram à nova doutrina, orquestrando uma internacionalização da Medicina Preventiva já francamente como movimento ideológico. Na Europa, realizaram-se congressos no modelo Colorado Springs em Nancy (França), no mesmo ano de 1952, e em Gotemburgo (Suécia) no ano seguinte, patrocinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Já nos anos 1960, os Estados Unidos serão marcados por uma conjuntura pontuada por diversos movimentos sociais e intelectuais que, preocupados com questões dos direitos humanos e sociais, voltam-se para a discussão de temas como extensão da assistência médica a populações alijadas desse direito. Conferindo nova ênfase a um dos aspectos das necessidades de reforma da prática e do ensino médicos apontados já desde a Conferência de Colorado Springs, ganha corpo a proposta da chamada Medicina Comunitária<sup>2</sup>. Baseada na implantação de centros comunitários de saúde, subsidiados pelo Estado e administrados por organizações não lucrativas, tais centros passariam a prestar cuidados básicos de saúde. A Medicina Comunitária consegue colocar em prática alguns dos princípios preventivistas, focalizando setores sociais minoritários, porém, deixando intocada a hegemonia social da assistência médica convencional<sup>10</sup>.

A proposta preventivista consistia, em termos sintéticos, de um estímulo à transformação da prática profissional do médico, buscando incorporar as questões sociais ao seu trabalho, com a intenção de identificar um “estado global” de saúde e uma recuperação integral do paciente com base na recomposição do ato médico individual, tido já nesses anos de 1950 como prática fragmentada e nisso insatisfatória como atenção à saúde. Essa visão totalizante do indivíduo, que passa a ser tomado como um ‘todo biopsicossocial’, posição inovadora para aquele momento, definiu uma concepção de saúde e doença a partir de estados que se dão em um movimento contínuo e em diversas relações do indivíduo com o meio ambiente. É assim que se modificou a visão de cura

\* Artigo baseado na pesquisa *História da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo: emergência e desenvolvimento de um campo de saber e práticas*, financiada pela Fapesp (Processo 2013/12137-0). Aprovada em ética da pesquisa em 28/8/2013.

ou alívio do sofrimento, incorporando, às finalidades do trabalho médico, a prevenção das doenças<sup>10</sup>.

Mas se tal concepção passa pela escola médica e formação de seus profissionais, haveria a necessidade de uma reformulação do padrão educacional existente, explicitada nas principais medidas de reorientação pedagógica e curricular então implantadas: uma maior coordenação horizontal e vertical das disciplinas já existentes no currículo médico, enquanto forma de 'integração' dos campos parcelares do conhecimento médico; e a introdução, ou destaque, para disciplinas consideradas estratégicas nesse sentido: as Ciências Sociais, entendidas, sobretudo, como Ciências do Comportamento; a Epidemiologia, e a Bioestatística. Esses direcionamentos e conteúdos disciplinares, acrescidos de novas estratégias pedagógicas (como ensino fora do espaço hospitalar, contato precoce com os pacientes em seu ambiente comunitário, trabalho com indivíduos sãos, entre outras), foram apontadas como formas de prática educativa capazes de auxiliar a conformação de uma visão global do indivíduo, podendo tais campos do conhecimento ser enfeixados, exemplarmente, nos departamentos de Medicina Preventiva<sup>6</sup>.

O modelo americano foi incorporado pelos organismos internacionais do campo da saúde, traduzindo seu corpo doutrinário para as necessidades dos diferentes contextos de aplicação potencial. Do ponto de vista da OMS, os princípios da mencionada Medicina Comunitária deviam enfatizar a dimensão da assistência simplificada, localizadamente em regiões rurais, com a intenção de estender a cobertura de serviços para as populações excluídas do cuidado à saúde. Na América Latina, em especial no Chile, Colômbia e Brasil, foram patrocinados por meio de fundações norte-americanas e pela OPAS, com programas voltados para a saúde comunitária na intenção de influenciar positivamente os sistemas de saúde de todo o continente.

Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde lança a consigna *Saúde para Todos no Ano 2000* (SPT-2000), adotando uma proposta política de extensão da cobertura dos serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência. No ano de 1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada pela OMS, reafirma a saúde como direito do homem e constitui a Atenção Primária como estratégia privilegiada de operacionalização das metas da SPT-2000, incorporando, tacitamente, nos documentos oficiais dessa organização, elementos do discurso da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária<sup>11</sup>.

Foi nesse cenário, atravessado, porém, por críticas e contrapropostas<sup>12,13</sup>, que a ideia de uma área denominada Saúde Coletiva é construída no âmbito acadêmico brasileiro, em instituições de pesquisa, bem como nas instituições governamentais de prestação de serviços de saúde. Teve, como aponta Nunes<sup>12</sup>, dois momentos centrais no ano de 1977: o I Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, organizado em Salvador, e a Reunião sub-regional de Saúde Pública da OPAS, em conjunto com a Asociación Latino-americana de Escuelas de Salud Pública (ALAES), realizada em Ribeirão Preto. Na avaliação do autor<sup>12</sup>:

Ambas teriam objetivado uma redefinição da formação de pessoal para o campo da saúde, sentindo a necessidade de existência de uma instituição que pudesse congrega, através de uma associação, os interesses das instituições formadoras num momento de esgotamento de uma determinada orientação, a da saúde pública clássica e da medicina social. Tal contexto se concretizaria em 1979, quando foi criada a ABRASCO. (p. 15)

No entanto, embora a Saúde Coletiva, desde esse momento de sua criação até, pelo menos, a segunda década dos anos 1990, tenha se desenvolvido e seja reconhecida como um campo de abrangência nacional, acaso não terá em sua implantação grandes marcas particulares às regiões brasileiras?

Foi essa indagação que suscitou nossa pesquisa voltada para os contextos particulares do estado de São Paulo. Duas diversas questões, e que podemos caracterizar como especificidades próprias da Saúde Coletiva em sua criação, levam-nos nessa direção. Uma primeira residiu no fato de que, embora possa apresentar-se, hoje em dia, com uma conformação bastante acadêmica, a Saúde Coletiva viu-se, desde suas raízes históricas, às voltas com os serviços de saúde, na problemática da extensão de cobertura versus os custos crescentes da produção assistencial e na racionalização da duplicidade institucional da assistência à saúde pelo setor público, uma vez que este respondia tanto pela rede do Ministério da Saúde, destinada às práticas em saúde pública, quanto por aquela da medicina previdenciária, que foi a assistência médica individual dos trabalhadores provida pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, nos idos de 1960-70. A outra questão pode ser reconhecida no fato de que o ideário preventivista dos anos 1950, que soprava ventos transformadores, chamando por inovações do olhar sobre os adoecimentos e seus cuidados, foi incorporado como tal na Saúde Pública e na Medicina, provocando-as a renovar a formação dos profissionais e o conjunto de seus respectivos serviços assistenciais. Dessa forma, não apenas pelos tipos ou volumes de serviços das redes assistenciais existentes, como, também, pelo contingente e qualidade de escolas formadoras dos vários profissionais da saúde, desde sempre, a realidade regional brasileira já se dispunha muito distinta pelo país.

Nesse processo, as instituições paulistas tiveram papel fundamental e bastante particular frente ao cenário nacional. Recente abordagem para as questões relativas à Saúde Pública ou à Medicina paulistas aproxima-se da particularidade de cenários e contribuições do estado de São Paulo com base em análises críticas da ideia de 'paulistanidade'<sup>14</sup>, a que se pode conceituar como uma referência cultural que toma São Paulo como rumo simbólico do país. E como toda referência cultural, esta também se ancora nas particularidades socioeconômicas de São Paulo e em toda a materialidade das práticas sociais que a produzem, regionalmente e para o Brasil.

Essa abordagem, assim, além de buscar conhecer contribuições 'genuinamente' paulistas ao todo da sociedade brasileira, busca, ainda, para as questões da área da Saúde, compreendê-las para além da dimensão técnico-científica interna dessa área, seja como contexto assistencial médico, seja sanitário. Opõe-se, pois, aos que pensam a medicina e a saúde como 'um mundo à parte', uma região em separado no interior da sociedade e neutra por referência às suas questões econômicas, políticas ou éticas. Ao revés, alinha-se com aquele pensamento crítico que aponta, na própria Saúde Coletiva, para a consubstancialidade da técnica com o social, e mostra como, no modo próprio e particular de existir como prática médica ou prática sanitária, é reproduzido o modo de vida hegemônico da sociedade<sup>2</sup>. Afinal, para esse pensamento crítico, os médicos, como historicamente os primeiros agentes e os originais formuladores das práticas de saúde na modernidade, na qualidade de 'homens de estado'<sup>15</sup>, foram e permanecem sendo dos principais responsáveis pelo projeto de país moderno que o Brasil vem configurando enquanto nação.

Há que se considerar que, se São Paulo agrupa parcela ponderável da produção acadêmica nacional, de outro lado, possui, em sua dimensão historiográfica, particularidades ainda pouco conhecidas no tema específico



da criação da Saúde Coletiva. Em sua maior parte, a produção historiográfica preocupou-se com as ações sanitárias da República Velha, 1889-1920, tratando da regeneração da pátria pela eliminação da malária e pela retirada do doente interiorano e rural de sua letargia, bem como com os centros urbanos e seus “exércitos da saúde pública” invadindo ruas e casas, determinando melhoras e diagnosticando moléstias<sup>14,16-18</sup>. Indo além, verificou os abalos políticos nas estruturas médicas e de saúde estaduais e municipais paulistas na década de 1930 e 1940<sup>19</sup>, bem como as novas reordenações trazidas pela filantropia institucional e científica, exemplarmente representada pela Fundação Rockefeller e as posturas centralistas do período getulista<sup>20</sup>.

Destaque-se, porém, os chamados “anos de chumbo”, entre 1964-1985, e os “anos da redemocratização”, entre 1985-2013, pouco explorados pela pesquisa histórica, passando ao largo daquilo que poderia significar marcas paulistas sobre a Saúde Coletiva e suas áreas de ação. De modo breve, aqui consideramos, ao menos, três ordens de questões a influenciarem a emergência e desenvolvimento da Saúde Coletiva em São Paulo.

Primeiro, o fato de que os anos 1950-60 foram anos do desenvolvimentismo paulista, que pretendeu estimular o interior do estado. Essa pretensão encontrou, no movimento preventivista, e sua importante inovação tecnológica, um grande reforço ao desenvolvimentismo. Não apenas na capital do estado ocorreram reformas das escolas médicas para a incorporação dessa novidade na formação de seus alunos, como, e sobretudo, encontrou-se, no suporte de agências como a OPAS e OMS, a oportunidade para a criação de novas escolas. Mas ao contrário do esperado, não houve uma incorporação homogênea da prevenção na formação de médicos. A própria existência anterior de uma sólida e bem desenvolvida formação em Saúde Pública, com visão distinta das atuações dos médicos no sanitarismo, relativamente àqueles que fariam a prevenção via assistência médica individual, produziria correntes de pensamento distintas em matéria de prevenção em São Paulo. Além disso, é preciso também considerar que a leitura brasileira acerca desse preventivismo – e cujo pioneirismo foi paulista, nas figuras de Arouca<sup>5</sup> e de Donnangelo<sup>2</sup> – foi bastante crítica ao caráter individualizante dessa abordagem, ampliando, ainda mais, o leque de correntes de pensamento acerca das práticas de prevenção. Assim sendo, mesmo tendo-se implantado os departamentos de medicina preventiva nas várias, novas e antigas, escolas de medicina, e mesmo tendo sido orientados por iguais recomendações de conteúdos e arranjos disciplinares para tal, os departamentos, efetivamente, seriam ora mais ora menos permeados seja pela proposta preventivista original, seja por aquela repensada em termos mais críticos, ou seja, ainda, pelo modo como o próprio sanitarismo incorporou a prevenção.

Uma segunda ordem de questões diz respeito à história de constituição da rede de serviços, especialmente os de atenção primária, a cargo do setor público em São Paulo, que viveu dois importantes momentos de reforma, precedendo a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir de 1988. Isso conferiu a essa rede características bastante peculiares, em especial quanto ao tipo de modelo tecnológico e assistencial que seria oferecido na expansão progressiva de cobertura assistencial que o estado de São Paulo perseguiu dos anos 1960 aos anos 1990. Nesse largo período, ocorre, primeiro, a chamada Reforma Leser, nas duas gestões (1967-71; 1975-79) em que Walter Sidney Pereira Leser, professor do departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina, atualmente da UNIFESP, esteve à frente da Secretaria de Estado da Saúde. Adicionalmente, com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, dá-se a junção da estrutura própria do setor público estadual e municipal,

originários da Saúde Pública, com a rede federal, exclusivamente de assistência médica individual. Esse processo reuniu os serviços da Secretaria de Estado da Saúde e os municipais, com os da medicina previdenciária do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS), criado em 1974 e reunindo uma rede que se inicia nos anos 1930-40, com grande crescimento a partir de 1945.

Em ambas as situações, se assiste a uma busca por articular, em um só arranjo de organização de serviços, ou modelo tecnológico e assistencial, o que poderíamos chamar de 'vocações' institucionais de assistência distintas, com dispositivos ora mais convergentes, ora quase opostos de intervenção. Na Reforma Leser, que formulou a política da Programação em Saúde e teve por base o modelo tecnológico da integração médico-sanitária<sup>21</sup>, tal articulação deveria se dar entre dois tipos de atuação assistencial e arranjos tecnológicos: as práticas de higiene pré-natal e infantil, de caráter preventivista e praticada por médicos sanitaristas e outros profissionais da equipe, com a assistência médica, praticada por infectologistas, enfermagem e visitadoras sanitárias de atuação em domicílios, como intervenção de recuperação dos doentes e, ao mesmo tempo, de prevenção de sadios contactantes, nas enfermidades contagiosas, tais como: a tuberculose, a hanseníase ou o tracoma.

Nesse caso, embora tivessem sido registrados, à época, vários protestos e recusas em tal integração, sobretudo por médicos envolvidos, ambas as partes situavam-se no campo da saúde pública, embora alguns lidassem mais com as doenças e outros com a prevenção. Já na implantação das AIS, as distintas 'vocações' estavam representadas, de um lado, pelas ações que vinham da Programação em Saúde e buscavam a integração médico-sanitária, pretendendo alçar-se a serviços de um futuro sistema de saúde em geral; e, de outro lado, pela assistência médica individual de cunho curativo dos ambulatórios da medicina previdenciária, os quais não tinham a pretensão de sair do campo da medicina e sua assistência clínica individual.

Assim sendo, na capital, onde havia uma rede maior e mais heterogênea de serviços, com grande presença daquelas vindos da medicina previdenciária, a tendência foi de os serviços rumarem mais em direção a uma assistência médica pontual e fortemente curativa, no que se chamou de pronto atendimento. Neste se encontraria uma resposta mais rápida a demandas, nem sempre tão agudas como seria de se supor na noção de um pronto atendimento, mas de rara expectativa de seguimento do caso, e, por isso, um modelo de atenção episódica e muito simplificada. Já nos interiores, que apresentavam maior possibilidade e interesse político local de se estabelecerem os centros de saúde, a tendência foi a de prevalecer o modelo mais aderido ao sanitário tradicional em combinação com a Programação em Saúde, qual seja, o de uma assistência bastante preventiva dentro de programas materno-infantis.

De qualquer forma, de um lado, ou de outro, a pretensão da integração médico-sanitária se perderia, justo quando, a partir dos anos 1990, a integralidade tomava parte dos princípios do SUS, cuja implantação, então, sofreria, em São Paulo, resistências de todos os lados, caracterizando-se, nisto, a terceira ordem de questões que embasam a nossa aproximação das particularidades de São Paulo no que diz respeito à emergência e desenvolvimento da Saúde Coletiva. Embora a Saúde Coletiva não se restrinja ao SUS, sua implantação constitui parte significativa de suas apostas técnicas e políticas; e aqui, mais uma vez, a paulistanidade assume uma expressão desafiadora: se, em outras partes do país, o SUS configurou a primeira experiência mais extensiva de rede assistencial pública, em São Paulo, sua implantação

precisou enfrentar o desafio de integrar redes já existentes, estruturadas, porém, com lógicas, recursos e culturas institucionais muito diversas.

Em outros termos, frente às redes de tradições assistenciais previamente constituídas e consolidadas, com serviços já em conflito entre si como parte de um mesmo sistema de atenção, o desafio da integralidade centrou-se mais no modelo tecnológico e assistencial a ser implantado nos serviços, do que nas articulações das diferentes instituições presentes no campo da Saúde ou das políticas de atenção e seus programas. Um exemplo dessa situação particular de São Paulo é dado pelo processo de implantação ampliada do programa/estratégia Saúde da Família (PSF) em grandes centros urbanos, a partir da formulação, pelo Ministério da Saúde, em 2003, do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF). São Paulo se revelaria, então, um mosaico de unidades básicas de saúde, entre as quais estariam aquelas atuando no modelo PSF, algumas com equipes incompletas, mais assemelhadas a PACS (Programas de Agentes Comunitários de Saúde), e as que persistiriam nas mesclas anteriores de modelos, e que foram então chamadas de unidades convencionais ou, até, tradicionais.

Dessa forma, para o bem e para o mal, São Paulo mostra suas especificidades regionais, ora adiantando-se, ora resistindo às propostas e projetos no âmbito nacional, impondo, à interpretação do desenvolvimento da Saúde Coletiva nas terras bandeirantes, uma vez mais, um olhar atento sobre os fenômenos da “paulistanidade”.

**André Mota<sup>(a)</sup>**

**Lília Blima Schraiber<sup>(b)</sup>**

**José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres<sup>(c)</sup>**

Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.



## Referências

1. Hobsbawm E. Era dos extremos: o breve século XX (1914-1991). São Paulo: Cia. das Letras; 1995.
2. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
3. Schraiber LB. Educação médica e capitalismo. São Paulo: Hucitec; 1989.
4. Ayres JRCM. Epidemiologia e emancipação. São Paulo: Hucitec; 1995.
5. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
6. Association of American Medical Colleges. Preventive medicine in medical schools: report of colorado springs conference, November 1952. Baltimore: Waverly Press; 1953.
7. OPAS. Seminarios sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva: Viña del Mar, Chile, 10-15 de octubre, 1955; Tehuacán, México, 23-28 de abril, 1956; 1957.
8. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
9. Silva GR. Origem da medicina preventiva como disciplina no ensino médico. Rev Hosp Clin Fac Med. 1973; 28(2):91-6.
10. Starr P. La transformación social de la medicina em los Estados Unidos e América. Trad. Agustín Bárcena. México: FCE,SS; 1991.
11. Cueto M. The origins of primary health care and the selective primary health care. Am J Public Health. 2004; 94(11):1864-74.
12. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saude Soc. 1994; 3(2):5-21.
13. Vieira da Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3-12.
14. Mota A. Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista (1892-1920). São Paulo: Edusp; 2005.
15. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites de liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
16. Ribeiro MA. História sem fim... um inventário da saúde pública. São Paulo: Unesp; 1993.
17. Tellarolli Junior R. Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Unesp; 1996.
18. Hochman G. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, Anpocs; 1998.
19. Mota A, Schraiber LB. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista, nos anos de 1930. Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2009;16(2):345-60.
20. Marinho MGSMC. Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931). Bragança: EDUSF; 2003.
21. Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB, organizadora. Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 65-116.



## The “Paulista way”; building collective health in the state of Sao Paulo

During the so-called Golden Age of the 50's through the 70's, new international relations and the technological strength that emerged from the 2<sup>nd</sup> World War, were the source of unprecedented wealth, spread (albeit unequally) worldwide<sup>1</sup>. Within this background, new and strategic social demands surfaced in the medical arena, and specially in North America these demands were directed to the quest of technology for prevention<sup>2-5</sup>. The end of this Golden Age was also remarkable because of a gradual appearance of chronic and degenerative diseases in the landscape of population health, an exceptional challenge to the health system and its rising costs. Following this trend, the topic of prevention was gradually becoming apparent in the realms of research and medical education in partial and diverse expressions.

A meeting of representatives of the main North American medical schools in Colorado Springs, CO (1952) was a starting point for this movement<sup>6</sup> that later irradiated through similar meetings promoted by the Pan American Health Organization, gathering medical schools in different countries throughout the Americas<sup>7</sup>.

This initial proposal was to promote a wide curriculum reform of medical courses, geared towards engendering a preventive attitude in future physicians<sup>7,8</sup>. It proposed a “Comprehensive Medicine”, capable of integrating prevention and treatment in a coherent fashion, translated in the medical curriculum as Preventive Medicine<sup>9</sup>.

Several international organizations jumped on this new doctrine, resulting in an internationalization of the Preventive Medicine, at this time already a clearly ideological movement. Throughout Europe, several Colorado Springs-type meeting were held in Nancy (France) in 1952 and Gothenburg (Sweden) in the following year, sponsored by the World Health Organization.

During the 60's the United States were shaken by diverse social and intellectual movements, concerned with the issue of human and social rights, that evolved into the debate of healthcare expansion and medically underserved populations. As a new emphasis of an aspect of the reforms of medical education and practice encompassed by the Colorado Springs Conference, it began to emerge the proposal of a so-called Community Medicine<sup>2</sup>. It was based in the implementation of community health centers, funded by the government and managed by non-profit organizations delivering basic health care. The Community Medicine movement was thus able to put in practice several of the preventative principles, narrowing its actions on specific minority populations, thus leaving untouched the social hegemonic practice of the conventional medical care<sup>10</sup>.

The preventative proposal was in short, an incentive to transform the professional practice of physicians, incorporating the social issues to their daily work, trying to identify a “health global status” and a comprehensive recovery of patients, using a new configuration of the medical activity. This medical activity was already considered at that time, a fragmented and unsatisfactory way of delivering healthcare. That holistic vision of individuals as a “bio-psycho-social whole”, something innovative at the time, defined a conception of health and disease seen as dynamic states in continuous change, interacting with the environment. Thus, the idea of “cure” or alleviation of suffering was changed, and disease prevention was included into the list of medical activity goals<sup>10</sup>.

\* Artigo baseado na pesquisa *História da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo: emergência e desenvolvimento de um campo de saber e práticas*, financiada pela Fapesp (Processo 2013/12137-0). Aprovada em ética da pesquisa em 28/8/2013.

As the medical schools and the training of physicians mediated this new conception, there was a need of a reform of the existing educational standards, that was made explicit in the main pedagogic reorientation measures effective at that time. A deeper coordination, both horizontal and vertical of existent disciplines constituting the curriculum as an integration of separated fields of knowledge; and the introduction or highlighting of strategic disciplines such as Social Sciences, (basically as Behavioral Sciences), Epidemiology and Biostatistics. These new guidelines and discipline content were added to new pedagogic strategies such as teaching outside the hospital, contact with patients early in the course and in community settings, working with healthy individuals, among others. These guidelines were seen as educative practices that might help to form a holistic view of individuals, and also that those contents may be organized in departments of Preventive Medicine<sup>6</sup>.

The American model was incorporated by the international health organizations, translating its doctrine core concepts to different contexts and needs where it may be potentially applied. From the WHO point of view, the so-called Community Medicine principles should stress the basic care dimension, specially in rural areas, with the aim of expanding health services coverage to previously excluded segments of population. In Latin America and specially Chile, Colombia and Brazil, North American foundations and PAHO sponsored this model, through programs that implemented community medicine as means of positive influence for the health systems in the continent..

The World Health Assembly in 1977 launched the Health for All in year 2000 motto (HFA-2000), through the adoption of a political proposal of expanding basic healthcare services coverage, using simplified care systems. In 1978, the International Health Conference on Primary Health Care, held in Alma Ata and organized by the WHO, reaffirmed that health is a human right and proposed Primary Care as a privileged strategy to achieve the HFA-2000 goals, incorporating tacitly elements of the community medicine discourse in the official WHO documents<sup>11</sup>.

In this scenario, not exempt of criticism and counterproposals<sup>12,13</sup>, the idea of a so-called Collective Health area was built in the Brazilian academic setting, both in research and in state-run health delivery organizations. It had, as Nunes (1994) points out, two key moments in 1977: the First National Meeting of Collective Health Graduate Programs, in Salvador, and the PAHO Sub-regional meeting on Public Health, organized jointly with the Latin American Association of Schools of Public Health (ALAES), held in Ribeirao Preto. In Nunes<sup>12</sup> words:

Both meetings had as purpose to redefine the health personnel training, and it was perceived the need of a new institution that may be able to gather together, through an association, the interests of the training institutions, at a time of exhaustion of an specific orientation, the one related to classic public health and social medicine. This particular context was crystallized in 1979 with the foundation of ABRASCO. (p. 15)

Is it possible that the Collective Health movement may have specific traits in different Brazilian regions, in spite of being from its beginning and until the second part of the 90's a national trend?

This was our primary question, in the origin of the research that focused in particular contexts in the state of Sao Paulo. Two different questions, characterized



as specific of Collective Health since its inception, point in this direction. First is the fact that even if it may be presented nowadays as an academic matter, Collective Health was historically rooted in the relation with health services, with the issue of expanding coverage vs. growing healthcare costs and with the need to have a rationale regarding the institutional duplicity of the public sector healthcare delivery system, as it had simultaneous responsibility by the Ministry of Health network (public health activities) and the welfare medical system, the individual medical care of workers, located in the Ministry of Welfare and Social Services during the 60's and 70's. The second issue is the fact that the preventative mindset of the 50's, as a transformative impulse calling for innovation in the approach to diseases and healthcare, was incorporated into Public Health and Medicine, forcing them to reform the professional training and the whole of care services. In this way, and not only because of types and volume of healthcare services, but also because of the number and quality of the health professional training institutions, the Brazilian regional realities were in themselves already very different.

Throughout this process, the Paulista institutions had a key and particular role in the national background. A recent approach to the issues relative to Public Health and Medicine in Sao Paulo show the particularities of settings and contributions of the Sao Paulo state, based in the critical analysis of the idea of a "Paulista way" ("Paulistanidade")<sup>4</sup>, a concept that uses Sao Paulo as the symbolic trend of the country. As any other cultural reference, this is anchored in socio-economic specific traits of Sao Paulo and the materiality of the social practices that they produce, both for the region as well as for the country.

This approach is geared towards the comprehension of issues of the health area beyond their internal techno-scientific dimension, being it in a medical healthcare context or a public health context, as well as to understand the genuine "Paulista" contributions to the larger Brazilian society in this field. In this dimension it contradicts the vision of health as "a separate world", an isolated region inside society, neutral in relation to economic, political or ethical questions. On the opposite, this approach is in line with the critical thinking that, within Collective Health, points to the consubstantial nature of the technical matters with those of social nature, showing how in each specific way of being a medical or public health practice, there is a reproduction of the hegemonic way of life of society<sup>2</sup>. For this critical thinking, physicians as the first agents and original formulators of modern health practices in modernity, in their quality of "men of the state"<sup>15</sup> were historically (and still are) part of the collective responsible for the project of a modern country that Brazil in building as a nation.

In spite of the fact that Sao Paulo concentrates a large share of the Brazilian academic production, research has still scarcely examined its particularities in relation the beginnings of Collective Health. Most of historiography production was directed to the public health activities in the so-called Old Republic, 1899-1920, dealing with the homeland regeneration through the extinction of malaria and lifting the countryside population from their lethargy, as well as the "public health armies" in the urban settings, invading homes and streets, imposing improvements and diagnosing diseases<sup>14,15-18</sup>. Further than that, the historic studies analyzed the political shake-ups in public health structures and in Sao Paulo municipal and state health agencies during the 30's and 40's<sup>19</sup> as well as the new order that institutional and scientific philanthropy brought about, well exemplified by Rockefeller Foundation and the centralizing stance imposed in the Getulio Vargas ("Getulista") period<sup>20</sup>.

There is a special consideration the “Years of Lead”, between 1964 and 1985, and the “years of re-democratization”, between 1985-2013, still scarcely explored through historical research, passing by what may be called the Paulista traces on Collective Health and its areas of action. In a succinct way, we intend to consider three orders of questions that influenced the emergence and development of Collective Health in Sao Paulo.

First, we note the fact that the 50's and 60's were the years of Paulista development, aiming to foster the development of the state countryside. This intention was associated with the preventative movement and its remarkable technologic innovation, creating a synergy for developmentalism. Reform in medical schools with novelties in training, popped out not only in the capital city, and were supported by agencies such as PAHO and WHO along with the opportunity brought by the creation of new medical schools. In spite of what was previously believed, this movement did not produce a homogeneous incorporation of prevention in medical training.

The previous existence of a relatively solid and well developed Public Health training, purporting a different vision of that of the medical actions in public health, as compared with those that were supposed to perform prevention through their individual medical care, was going to give birth to different thinking schools regarding to health prevention in Sao Paulo. Additionally, it is noteworthy that the Brazilian approach regarding preventative action –pioneered by Paulistas as Arouca<sup>5</sup> and Donnangelo<sup>2</sup> was highly critical to the individual focus in this approach, something that further amplified the range of thinking schools regarding prevention practices. In this way and even having implemented departments of preventive medicine in previous existent and new schools of medicine, and even though these departments were oriented by the same content and curriculum guidelines, those departments were differently permeated by the original preventative proposal. This original proposal was at times conceived in a more critical way or even through the specific way that the public health movement embodied prevention.

A second order of issues relates to the history of the construction of the health services network, and specifically in Primary Care, through the public sector in Sao Paulo. It had two different moments, before the inception and implementation of the Brazilian National Health Service (SUS) beginning in 1988. This situation is crucial to the characteristics of the network, and specifically to the technological and care services model that was implemented in the following expansion of coverage that Sao Paulo state developed between the 60's and the 90's. In that long period of time, the so-called Leser reform happened during two office tenures (1967-1971; 1975-1979) of Walter Sidney Pereira Leser, a Preventive Medicine professor in the Paulista School of Medicine (presently UNIFESP) that was the State Secretary for Health in those years. Additionally, the implementation of the Integrated Health Actions (AIS in Portuguese) in 1984 is simultaneous with the joining of the state and municipal health facilities with the Federal individual medical services. This process gathered together the services of the State Secretary of Health, the municipal services and the welfare medical services of the National Institute for Medical and Welfare Care (INAMPS in Portuguese) that was created in 1974, putting together a large network that was born in 1930-40 and largely developed from 1945 onwards.

Both situations show a quest to articulate in a single arrangement of service organization, or in a single technological and healthcare model, what we may

call as different institutional “callings”, using implementation devices that were sometimes convergent, and some times opposing. Throughout the Leser Reform, that formulated a Health Programming Policy and had as foundations the technological model that integrated medical and public health approaches<sup>21</sup>, this combination needed to be done between two types of care practice and technological arrangements: the pre-natal and child care, preventative in nature and performed by public health doctors and other practitioners in a team, with the medical care performed by infectologists, nurses and sanitary agents in household visits, acting upon the sick individuals recovery, at the same that intervening upon the healthy contacts in infectious diseases as TB, Leprosy and Trachoma.

Even though there are historical records of resistance and complaints over such integration, specially on the part of the doctors affected by the changes, both parties were in the Public Health field, one more on the disease treatment, the other more emphatic on prevention. In the AIS implementation, the abovementioned different “callings” were also present: on the one hand by the actions originated in the Health Programming looking for medical-public health integration that may constitute a future national health system; on the other hand, the individual medical care services, the curative type of the welfare outpatients’ clinics that have no intention of leaving the purely medical field and its individual clinical actions.

In the capital city, where the services network was larger and more heterogeneous, with a strong presence of the elements of the welfare medicine, the trend was to push the services towards a pinpointed and mainly curative medicine through the so-called walk-in clinics. In this model there was a faster response to demands, not always acute, as could be suggested from the term “walk-in”, and with very little expectation of follow-up, resulting in an episodic and highly simplified model of care. In the countryside there was a larger local political interest in establishing Health Centers and the trend moved in the direction of a prevalence of the traditional public health model combined with the Health Programming or a quite remarkably preventative care within Maternal and Child programs.

Being on one side or the other, the intentions of integrating medicine and public health were lost exactly when in 1990 the comprehensiveness became part of SUS principles. This SUS, that would suffer all kinds of resistance in Sao Paulo, is the third order of issues that give foundation to our approach to Sao Paulo specific aspects related to the emergence and development of Collective Health. Even if Collective Health is not restricted to SUS, its implementation features are a large part of its political and technical bets, and here again the “Paulista way” has a challenging expression: even though in other regions of the country, SUS was the first experience in expanding the public network, the SUS implementation in Sao Paulo faced the challenge of the pre-existent networks, already structured but presenting rationales and institutional cultures widely diverse.

Due to reality of traditionally well-established and consolidated care networks, the challenge of comprehensiveness was focused in the choice of technologic and healthcare models to be implemented and not so much in the articulation among the different institutions already in place in the health field as well as in its policies and programs. A specific example of this situation in Sao Paulo was the enhanced implementation of the Family Health Program/Strategy (FHS) in the larger urban core areas, through the Ministry of Health program “Expansion and Consolidation

of Family Health (PROESF). Under this program Sao Paulo will reveal itself as a mosaic of basic health units, among them some implementing the FHS model, others with incomplete teams, closer to the so-called PACS (Community Workers Program) and the remainder with different mixes of previously existent models, called "conventional" or sometimes "traditional" units

For better or worse, Sao Paulo presents its regional specificity, at times ahead of its time, in other circumstances resisting national proposals and projects, and forcing to have a careful look to the "Paulista way" phenomenon to be able to interpret the development of Collective Health in this land.

**André Mota<sup>(a)</sup>**

**Lilia Blima Schraiber<sup>(b)</sup>**

**José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres<sup>(c)</sup>**

Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.



## References

1. Hobsbawm E. Era dos extremos: o breve século XX (1914-1991). São Paulo: Cia. das Letras; 1995.
2. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.
3. Schraiber LB. Educação médica e capitalismo. São Paulo: Hucitec; 1989.
4. Ayres JRCM. Epidemiologia e emancipação. São Paulo: Hucitec; 1995.
5. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp, Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
6. Association of American Medical Colleges. Preventive medicine in medical schools: report of colorado springs conference, November 1952. Baltimore: Waverly Press; 1953.
7. OPAS. Seminarios sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva: Viña del Mar, Chile, 10-15 de octubre, 1955; Tehuacán, México, 23-28 de abril, 1956; 1957.
8. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da Saúde Pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
9. Silva GR. Origem da medicina preventiva como disciplina no ensino médico. Rev Hosp Clin Fac Med. 1973; 28(2):91-6.
10. Starr P. La transformación social de la medicina em los Estados Unidos e América. Trad. Agustín Bárcena. México: FCE,SS; 1991.
11. Cueto M. The origins of primary health care and the selective primary health care. Am J Public Health. 2004; 94(11):1864-74.
12. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. Saude Soc. 1994; 3(2):5-21.
13. Vieira da Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3-12.
14. Mota A. Tropeços da medicina bandeirante: medicina paulista (1892-1920). São Paulo: Edusp; 2005.
15. Schraiber LB. O médico e seu trabalho: limites de liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
16. Ribeiro MA. História sem fim... um inventário da saúde pública. São Paulo: Unesp; 1993.
17. Tellarolli Junior R. Poder e saúde: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Unesp; 1996.
18. Hochman G. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. São Paulo: Hucitec, Anpocs; 1998.
19. Mota A, Schraiber LB. Mudanças corporativas e tecnológicas da medicina paulista, nos anos de 1930. Hist Cienc Saude-Manguinhos. 2009;16(2):345-60.
20. Marinho MGSMC. Elites em negociação: breve história dos acordos entre a Fundação Rockefeller e a Faculdade de Medicina de São Paulo (1916-1931). Bragança: EDUSF; 2003.
21. Nemes MIB. Ação programática em saúde: recuperação histórica de uma política de programação. In: Schraiber LB, organizadora. Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 65-116.



# Política HumanizaSUS:

ancorar um navio no espaço\*

Catia Paranhos Martins<sup>(a)</sup>  
Cristina Amélia Luzio<sup>(b)</sup>

Martins CP, Luzio CA. HumanizaSUS policy: anchoring a ship in space. Interface (Botucatu). 2017; 21(60):13-22.

The article discusses the National Humanization Policy - HumanizaSUS (PNH), the Ministry of Health, from the narratives of his supporters and how understand their task in the Brazilian Health System (SUS). It presents some doctoral research results, cartographic perspective, in which the narratives of the supporters of the different instances of SUS were intertwined. It is thus considered that a network is produced and heated by many anonymous, SUS workers, some of whom are also nicknamed supporters that maintains health as a dimension of citizenship from anyone, despite the complex national scene.

**Keywords:** National Humanization Policy. Institutional support. Brazilian National Health System.

O artigo discute a Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (PNH), do Ministério da Saúde, a partir das narrativas de seus apoiadores e de como compreendem a sua tarefa no Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta alguns resultados da pesquisa de doutorado, de perspectiva cartográfica, na qual foram entrelaçados as narrativas dos apoiadores das diferentes instâncias do SUS. Considera-se assim que uma rede é produzida e aquecida por muitos anônimos, os trabalhadores do e pelo SUS. Dentre eles, há os que também se automeiam apoiadores da PNH, que mantém a saúde como dimensão de cidadania de qualquer um/uma, a despeito do complexo cenário nacional.

**Palavras-chave:** Política Nacional de Humanização. Apoio institucional. Sistema Único de Saúde.

\* Fragmento da poesia de Ana Cristina César<sup>1</sup>.

<sup>(a)</sup> Curso de Psicologia, Universidade Federal da Grande Dourados. Rodovia Dourados - Itahum, Km 12. Dourados, MS, Brasil. 79804-970. catiamartins@ufgd.edu.br

<sup>(b)</sup> Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Faculdade de Ciências e Letras, UNESP – Univ Estadual Paulista, campus de Assis. Assis, SP, Brasil. caluzio@assis.unesp.br

## Considerações iniciais

A Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS (PNH) foi criada pelo Ministério da Saúde, em 2003, a partir do reconhecimento de experiências inovadoras e concretas que compõem um “SUS que dá certo”. Há um pouco mais de uma década a PNH fomenta mudanças na atenção e na gestão ao convidar os sujeitos envolvidos a (re)pensar e intervir no cotidiano da saúde pública brasileira.

O HumanizaSUS prima por produzir movimentos no Sistema Único de Saúde (SUS). Embora tenha sido disparada pela gestão federal, não se limitou ao grupo de consultores contratados para tal. São os muitos apoiadores que contribuem para manter aquecida a rede que sustenta a saúde como dimensão de cidadania, a despeito de tantos desafios. Quem são os apoiadores e como compreendem a sua tarefa no SUS são as nossas questões norteadoras.

Este artigo é um recorte da tese “A Política Nacional de Humanização na produção de inflexões no modelo hegemônico de cuidar e gerir no SUS: habitar um paradoxo”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual Paulista, campus Assis. Para esta discussão utilizamos os pensadores da Filosofia da Diferença e também da Saúde Coletiva, principalmente os alinhados com o HumanizaSUS, que nos auxiliaram na empreitada por enxergar os indícios tanto das capturas, quanto das formas de resistências, sem lamentar o presente.

### Uma navegação por narrativas e acontecimentos

Nesta cartografia nos interessamos pelos encontros, histórias, situações corriqueiras de trabalho, assim como os estranhamentos, questionamentos e embates que foram produzidos ao longo de nosso percurso no HumanizaSUS. A cartografia configura-se como uma experimentação à procura de outros modos de narrar, pesquisar e criar. Trata-se de um exercício de lançar-se ao “[...] desafio de fazer ciência sem uma forma determinada e antecipadas verdades que sobrecodificam e aprisionam as potencialidades do próprio encontro”<sup>2</sup> (p. 10).

Problematizamos o HumanizaSUS a partir de nossa trajetória com e na PNH, principalmente a experiência como consultora do Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2013, no diálogo com os diversos trabalhadores do e pelo SUS, os muitos apoiadores que serão apresentados a seguir.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Unesp/Assis. Foi igualmente autorizada pelos membros e pela Coordenação Nacional da Política HumanizaSUS. Os sujeitos envolvidos na pesquisa assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo que uma via está arquivada conosco.

Tomamos as narrativas como facetas da realidade, preciosos momentos que abrem brechas para análises, desafios, angústias, constatações e intervenções no atual estado de coisas possam ganhar força e expressão. As transformações são processos, sempre postos à provas, sem ponto final. Acompanhadas por Blanchot<sup>3</sup>, “[...] a narrativa não é o relato do acontecimento, mas o próprio acontecimento, o acesso a esse acontecimento, o lugar aonde ele é chamado para acontecer” (p. 8). Foi um convite para que pudéssemos “rejuvenescer e envelhecer de uma só vez”, um acontecimento para Deleuze e Guattari<sup>4</sup>.

Duas dimensões opostas - sujeito e objeto - se encontram nas narrativas e compõem um mesmo movimento. Ao ler os documentos, escutar os apoiadores e problematizar práticas, temos a confirmação de que a produção de mundo social e do desejo, tal como nos ensina Guattari<sup>5</sup>, não está em polos opostos com insiste a racionalidade moderna. A produção de saúde, de sujeitos e mundo são grandezas inseparáveis. Ao tomá-las como em constante mutação, elas inauguram questões quando os apoiadores pensam e narram sobre si no mundo.

### Apoiadores e a sua tarefa no e pelo SUS

Pelo direito à saúde de qualidade de qualquer um/uma e reafirmando os princípios constitucionais, a Política HumanizaSUS acumula experiências, parceiros e produções, desde a sua criação em 2003. A PNH produziu experimentações no SUS indicando-nos inflexões na direção que parecia ser a única



das coisas. São acontecimentos que promovem diferenças nos sujeitos, nas práticas e nos serviços de saúde, tal como ilustraremos a partir das narrativas dos apoiadores.

“Ninguém conhece todo o SUS”, como aprendemos com Nelson Santos em uma aula há mais de uma década atrás como aprimoranda<sup>(c)</sup> em Saúde Mental em Campinas. Essa ideia, vinda de um dos formuladores do SUS e grande defensor da saúde universal brasileira, enfatiza a complexidade com as muitas nuances da experiência em andamento no país. O SUS é uma produção coletiva, e seus inúmeros entraves e riquezas só podem ser compreendidos quando olhados por muitos de nós.

Partimos da proposta de Santos e atrevemo-nos a afirmar que a mesma serve para a PNH, assim como para outras políticas que agregam sujeitos ao primar pela produção de redes e agenciamentos no SUS. Estes sujeitos comuns que produzem experiências coletivas, que apostam no público e que lutam pela saúde de qualidade como direito já indicam um acontecimento.

O HumanizaSUS é mais do que a soma do Núcleo Técnico e da Coordenação Nacional que estão localizados em Brasília, assim como dos consultores regionais contratados pelo Ministério da Saúde. Este marcador, valorizar o anonimato e não as posses e as autorias, não é trivial. Por diversas vezes, participamos de discussões acaloradas que disputavam o sentido da humanização e os modos para implementá-la.

A afirmação “para nós da PNH...” traz, no mínimo, três posições não antagônicas: ora marcava a posição dos consultores como representantes oficiais do Ministério da Saúde, ora o lugar de autoridade que estava somado a um viés impositivo garantindo a primazia do sentido da humanização, ora definia um grande ‘exército anônimo’<sup>6</sup>, cujas afinidades éticas os mantêm juntos na luta por mudanças no e pelo SUS.

Fruto dos movimentos reformistas em saúde, o HumanizaSUS é produzido pelos seus muitos apoiadores. Apoiador é o termo usual para indicar os sujeitos que exercem a função de apoio institucional, tomado como dispositivo e método, nas experimentações da Política. Mesmo entre os apoiadores, há diferentes entendimentos sobre como se realiza essa função.

No fio da navalha, temos por um lado o HumanizaSUS como uma composição, marcado pela inclusão de diferentes formas de pensar e operar o apoio, uma Política que aposta na produção do comum e em práticas singulares que respondam aos problemas e desafios do cotidiano do SUS. E, por outro, observamos que há indicativos de padronização, na tentativa de um maior alinhamento, que porventura podem acarretar um engessamento, nos modos de fazer apoio. Destacamos assim “[...] o ‘risco’ que sempre corre em uma política – que se quer coletiva, contingente e processual – de funcionar cooptada pelas forças de Estado”<sup>7</sup> (p. 204).

Na gestão federal há os consultores, grupo contratado pelo Ministério da Saúde, que, dentre outras tarefas, apoiam as ações de humanização nos territórios para os quais são referência. E, somam-se aos consultores, os sujeitos que se identificam com a PNH e compõem os muitos parceiros da Política. O termo apoiador é utilizado, ainda, para designar as pessoas que passaram pelos cursos de formação fomentados na parceria entre os entes da federação.

Uma das questões problemáticas para a Política é se os processos de formação e intervenção, principalmente os cursos de formação de apoiadores disparados desde 2006, conseguem produzir a ampliação da capacidade de análise e de intervenção dos participantes<sup>8</sup>. “Formamos apoiadores?” é uma das recorrentes questões que mobiliza os membros da PNH.

<sup>(c)</sup> ‘Aprimoranda’ era o apelido utilizado pelos alunos do Programa de Pós-Graduação *lato sensu* – Aprimoramento em Saúde Mental da Unicamp.

Há um movimento de apoio no SUS que não pode ser reduzido às políticas da gestão federal. Esta metodologia, reconhecida na Saúde Coletiva como “[...] uma das mais importantes inovações [...] alinhada com a defesa de direitos e com a participação democrática no SUS”<sup>9</sup> (p. 805), tem ganhado força, influenciando o movimento sanitário<sup>10</sup> e configurando-se como um campo de experimentação marcado tanto por convergências, quanto por divergências teórico-metodológicas.

Embora não seja exclusivo da PNH, destacamos que a experiência do HumanizaSUS em promover ações descentralizadas nos Estados e Municípios a partir das relações de apoio, constitui-se um marco na gestão federal, sendo que a “[...] PNH é a única política do MS [Ministério da Saúde] que mantém atuação, discurso e formulação teórica sobre o Apoio Institucional desde 2003 até os dias atuais”<sup>11</sup> (p. 74).

Nas narrativas dos apoiadores, encontramos diversos posicionamentos sobre como exercer essa função. Nosso interesse, mais que formular uma resposta simplista para a questão colocada pela PNH e explicitada acima, é acompanhar e trazer os indicativos de que há trabalhadores do e pelo SUS, muitos que também se intitulam apoiadores, e que entendem o seu fazer tal como nos conta a narrativa abaixo:

“Ser apoiador é sempre estar aprendendo algo novo, porque o apoiador não é ‘o cara’ mas aquele que estimula a inclusão, a grupalidade, o estar com... só não posso ter medo de tentar, nem de errar! Se errar, faço novamente de forma diferente, peço desculpas, peço ajuda, transformo...”. (grifo da apoiadora)

É neste aprender-fazendo em um trabalho que implica ousar, pedir ajuda, errar, se retratar, apostar na inclusão e na construção de espaços coletivos, que o HumanizaSUS, assim como os seus apoiadores, têm se produzido ao longo de um pouco mais de uma década.

O apoio é considerado um dispositivo<sup>(d)</sup> e o método da PNH, um modo de operar no cotidiano do SUS, que implica tomá-lo como algo que não é *a priori*, mas produzido na relação entre pessoas, instituições, saberes, poderes, práticas e demais elementos. Sendo assim, apoiar um grupo tem como meta operar entre os processos de trabalho que compõem o dia a dia do serviço, fazendo agenciamentos diversos, colocando em análise as verticalidades e autoritarismos no fazer saúde para a criação coletiva de enfrentamentos.

Apoiador e grupo vão construindo, a partir de uma dada realidade e dos desafios locais, espaços para compartilhar os necessários estranhamentos que possam produzir inflexões nos modos hegemônicos de cuidar e gerir em saúde. Essa é uma aposta no exercício cotidiano da democracia, na criação de sujeitos e não de assujeitamentos, de negociação permanente na construção da saúde como bem comum<sup>13</sup>.

Assim, a PNH fez uma inflexão no interior das demais políticas de saúde, visando à integralidade das práticas e buscando superar a fragmentação do cuidado, ao primar pela indissociabilidade entre atenção e gestão. E, inclusive, produziu desvios nos modos tradicionais de fazer políticas, nos programas verticais e uniformes da gestão federal que ainda hoje determinam as ações em todos os cantos do país.

Estamos cientes de que “[...] não há desvio que valha de uma vez por todas”<sup>4</sup> (p. 116), mas esta inflexão ao longo de mais de uma década configurou um cenário composto por muitos sujeitos, parcerias e produções. As várias gestões

<sup>(d)</sup> Um dispositivo, a partir de Foucault e Deleuze<sup>12</sup>, é uma rede de composição heterogênea, um conjunto de linhas de diferentes naturezas que configuram uma máquina de fazer ver e falar

da Política HumanizaSUS criaram, a partir do Ministério da Saúde, as estratégias para produzir movimentos no interior da máquina e também nos diversos pontos da rede, na busca por contribuir para a efetivação dos princípios constitucionais.

## Encontrar brechas para a produção de mudanças

Um dos muitos impasses encontrados foi com o termo humanização. Embora polissêmico, polêmico, com um lastro no SUS e com amplo debate no campo da Saúde Coletiva, a humanização proposta e defendida pela PNH compreende que não há um universal humano, mas se refere à “[...] tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade”<sup>14</sup> (p. 570).

O termo humanização já estava marcado pelo viés da bondade, do favor e da tutela. O desafio foi fazer com que a humanização pudesse gaguejar, como nos propõe Deleuze<sup>15</sup>. Inventar outros usos e sentidos, criar novos problemas e produzir conexões inusitadas para que a humanização comportasse as mais de “[...] mil lutas travadas cotidianamente pelos usuários e trabalhadores do SUS”<sup>16</sup>.

Neste jogo de forças, os discursos homogeneizantes e idealizados do humano, assim como do Estado marcado pela caridade e mecanismos de controle, enfraquecem-se. Em 2003-2004, um novo momento político possibilitou uma brecha e um grupo, “os infiltrados”, apostou que havia outros modos de fazer política. Estas dimensões, de forma concomitante, passam a compor a gestão federal ao contagiar atores e disputar sentidos, financiamento, espaços político-institucionais e acadêmicos.

Nas muitas rodas de conversa de que participamos e nas narrativas dos apoiadores, o termo humanização era compreendido como nos conta uma apoiadora: “[...] eu achava que para humanizar o SUS seria necessário passar a mão na cabeça dos usuários”. Muitos trabalhadores destacam, com surpresa, que não sabiam da dimensão das mudanças propostas pela PNH: “[...] lembro-me de ter conversado com uma colega [...] disse a ela que quem é humanizado é e pronto e eu tenho muito serviço para arrumar mais uma atividade”.

Num cotidiano repleto de sujeitos cansados e resignados, o apoiador explica que ele e os colegas estavam

“[...] acostumados com organizações burocráticas, autoritárias e centralizadoras, que valorizam a produção de procedimentos e atividades e esquecem de analisar os resultados e os efeitos para os profissionais. Estes, na maioria das vezes muito atarefados, também não avaliam seus processos de trabalho e nem interferem para mudá-los. Torna-se mais fácil transferir o problema para o outro do que assumir a responsabilidade por sua resolução”.

Os entraves e os desafios do SUS, tão conhecidos pelos seus atores, foram tomados como ponto de partida para a PNH, que buscou reescrever as experiências, enfatizando a potência para reinventar a clínica, a gestão e os modos tradicionais de trabalhar em saúde. Assim, o tom de benevolência, de festividade e de ‘perfumaria’, que marcava a temática até então, foi substituído - ao menos na perspectiva dos documentos oficiais e nos posicionamentos de muitos apoiadores - pela radicalidade de um convite para que os envolvidos se atrevessem a repensar os processos de trabalho, transformando-os de forma a batalhar pela garantia de direitos de usuários e trabalhadores.

Um apoiador conta que

“[...] nem sempre se necessita de grandes manobras, grandes investimentos (claro que em muitas situações faz-se necessário), eu aprendi que não é preciso esperar ou buscar grandes soluções, soluções mágicas, mas acima de tudo buscar parceiros coparcerias, diálogo, dividir problemas e soluções”.

Há um acontecimento, sinalizado nas narrativas, que é da ordem da construção do comum. Nestes tempos em que o capital está entranhado em corpos e almas, o apoiador acima nos diz de mudanças nos processos de trabalho que não possuem correspondente monetário que as alcance. O trabalho em saúde a ser repensado nos espaços coletivos “[...] não se reduz à aplicação de um procedimento: trabalhar é exercitar um pensamento e é também viver”<sup>17</sup> (p. 130).

## Rodas: doses diárias de democracia

A Política convida os sujeitos, principalmente o seu sempre transitório grupo de apoiadores, a experimentar a cogestão como método e dispositivo para produzir novos modos de gerir e cuidar. Uma Política do 'como', "como fazer diferente?", interessada no diálogo, na produção de parcerias para mudar as práticas e os sujeitos que compõem o SUS. Talvez esta fosse uma meta singela se não estivéssemos em um país com uma longa história de autoritarismo do Estado. Há sempre uma dúvida, como uma pulga atrás da orelha: "[...] será que isso pode mesmo ser dito junto com o chefe?".

Desde o Ministério da Saúde até os demais pontos da rede SUS, as rodas de conversa são dispositivos para exercitar a lateralidade, promover a grupalidade e ampliar a capacidade de análise e intervenção dos participantes. Como uma das marcas da PNH, as rodas comportavam a dimensão formativa para os apoiadores, ou seja, a atualização das discussões e dos desafios do SUS.

A cada roda, estávamos coletivamente aprendendo que a saúde que interessa ter, produzir e pela qual lutar necessita de doses diárias de democracia. São imprescindíveis "[...] múltiplas assembleias em torno de ideias que não existem ainda"<sup>18</sup> (p. 16) para que possam ganhar expressão e força. Nesses espaços/tempos, no encontro com os outros apoiadores, é que estranhamos o que nos é comum<sup>3</sup>, o que não deveria sê-lo e avançamos no alinhamento ético em prol da vida coletiva.

A democracia institucional ou a ampliação da clínica não está dada, não é inerente à formalização de uma equipe. Um coletivo pode ser uma reunião de indivíduos de diversas categorias profissionais (ou mesmo corporativo), um espaço burocratizado, que cumpre uma prescrição feita por outros (de forma vertical e sem sentido). No entanto, as relações que se dão nesse espaço/tempo possuem potência para debater, disputar, negociar e pactuar jeitos diversos de trabalhar e de enfrentar os problemas do cotidiano.

Para efetivar as necessárias mudanças no SUS, a PNH precisa ser mais que uma prescrição teórica e metodológica. O HumanizaSUS almeja ser um dispositivo, produzindo coletivos que sabem que as estratégias nunca estão dadas de antemão. E são os muitos coletivos que sustentam a PNH, ao fabricarem questões, experiências, provisórias soluções para os desafios enfrentados no dia a dia do SUS.

Os apoiadores da PNH, trabalhadores do e pelo SUS, são convocados ética e politicamente a serem 'interventores'<sup>7</sup> para mudar o que nas práticas em saúde e no SUS não pode mais ser comum. Apoiar, inventar e intervir é afirmar o caráter instituinte da luta por saúde, por outras saúdes. É se incluir e se implicar com a árdua tarefa de manter aquecida essa rede que sustenta o SUS como uma experiência cotidiana do direito à saúde de qualquer um/uma.

Uma Política como esta, que agrega as inovações produzidas em diversas experiências reformistas em saúde, não se produz sem tensionamentos, e para se manter precisa construir muitas alianças. A PNH foi criada no interstício do Sistema que temos ao que almejamos, entre as demais políticas e ações em saúde, com uma maleável amarração na gestão federal para movimentar o que já está cristalizado. Por um lado a Política não tem grandes novidades, porque reuniu experiências exitosas que compõem um "SUS que dá certo". Muitas dessas experiências já foram estudadas pelos pesquisadores da Saúde Coletiva. Por outro, a proposta do HumanizaSUS é exatamente reafirmar que são exequíveis. Há acúmulos concretos mesmo no complexo cenário brasileiro, e uma rede é e pode ser tecida entre serviços, pessoas, ideias e sonhos, tal como foi necessário para a inscrição do SUS na Constituição de 1988 e para manutenção da saúde como dimensão de cidadania.

Sendo assim, o "SUS que dá certo" sinaliza um acontecimento que irrompe na linearidade dos fatos, em um tempo em que assistimos ao abandono da concepção de Estado do Bem-Estar Social e à exaltação das inovações do mercado, um dos pilares do Estado Neoliberal. Construir uma memória viva das experiências inovadoras do e no SUS, uma das diretrizes da PNH, é uma estratégia para enfrentar e quiçá desmontar o discurso comum "no serviço público é assim mesmo...". Os apoiadores, ao longo da última década, evidenciam que há sujeitos que tanto se alimentam, quanto atualizam os movimentos reformistas, ao insistirem em construir uma história diferente para si e para os demais.

Ao provocar/convidar os apoiadores a ampliar as análises sobre o atual jogo de forças, um cenário desolador se apresenta em muitos momentos. Temos um cotidiano ainda marcado pela



desumanização, ou seja, por práticas desrespeitosas e até violentas que tomam o corpo biológico como objeto de intervenção, com gestões comumente solitárias, autoritárias e corporativas, associada aos trabalhadores anestesiados, esgotados e silenciados, somados às condições de trabalho aquém das necessidades de saúde da comunidade, pela falta de financiamento adequado, enfim, por dificuldades e desafios de várias ordens. Mas algo acontece em alguns (muitos?) sujeitos e coletivos. O mundo não está pronto, terminado e nem é eterno. Estamos no meio, em meio a, em um movimento cuja tarefa é sintetizada por outro apoiador:

“Felizmente nada é finito na PNH, porque para exercê-la, a nossa prática, fatalmente, terá que ser alterada! Dar apoio, receber, trabalhar em grupo, fazer inclusão, incluir-se, tudo isso faz com que tenhamos de deixar nosso ‘cantinho de conforto’ para entrar em outras searas, que nem sempre será a que conhecemos. O desafio é superar as dificuldades e sair delas mais fortalecido, porque não preciso encontrar o caminho sozinho! O grupo está ali!”.

Nas rodas de conversa e nos diálogos, os apoiadores narram um acontecimento a respeito da mudança que ocorrem em seus olhares sobre o que era corriqueiro, indicando-nos estranhamentos, como por exemplo: “[...] passei a perceber mais claramente que na realidade, embora devesse, o paciente não estava prioritariamente no foco da atenção”.

Em meio às forças dos ventos neoliberais que alimentam de descrédito o que é público, apoiadores da PNH, como os de outras políticas da gestão federal<sup>(e)</sup>, cujo compromisso está nas mudanças na atenção e na gestão, vão se alinhando e produzindo movimentos no e pelo SUS. Uma apoiadora se questiona: “somos pegos por nós mesmos nos queixando de que nada é feito para melhorar, mas será que temos que ficar esperando?”.

### Apoio, pertencimento e imaterialidades

Estar na gestão foi uma árdua tarefa sintetizada por um apoiador como “[...] trocar o pneu do carro com ele andando”. Era o que fazíamos. Em muitos momentos não havia alinhamento ético-político no Ministério da Saúde, assim como nos estados, municípios e serviços. Contávamos com os apoiadores da PNH para contagiar atores e encontrar brechas e parcerias.

De nossa experiência destacamos que, em muitos lugares, a chegada da consultoria era esperada como se pudéssemos resolver os problemas locais. Eis aqui uma das apostas radicais da PNH: é preciso fomentar movimentos. Não há soluções mágicas, individuais, e as repostas não virão de fora ou das alturas do poder. O que há, o que aprendemos com os muitos apoiadores nas rodas de conversa, é um modo de fazer política que insiste na construção do comum, que prima por exercícios de compartilhamento e pertencimento.

Participar do HumanizaSUS e de suas experimentações “[...] não acontece de forma linear e tampouco de uma vez por todas – o que se experimenta é um processo de participação, com suas idas e vindas”<sup>19</sup> (p. 26). Fazer parte desse ousado movimento traz aos apoiadores um misto de alegria e lamento, indicando-nos tanto o compromisso com o que é público, quanto a canseira e a vontade de desistir.

A noção de trabalho imaterial, de Negri e Lazzarato, nos auxilia a pensar o apoio e demais propostas da PNH. Estes autores sinalizam o atual momento em que o trabalho e a vida estão cada vez mais interligados e de uma forma jamais

<sup>(e)</sup> Embora nossa discussão seja sobre a PNH, há outras políticas da gestão federal que também propõem mudanças significativas e que dialogam direta ou indiretamente com o HumanizaSUS (pelos atores em comum, nos espaços internos do Ministério da Saúde e nas relações interfederativas), tais como: Saúde Mental, Redução de Danos, Rede Cegonha, População na Rua, Promoção à Saúde, Gestão Participativa, Educação Permanente, Educação Popular, dentre outras.

vista. Assim, não há descansos, folgas ou férias suficientes porque é a vida que compõe o processo produtivo. Agora é a vez da “[...] ‘alma do operário que deve descer na oficina’. É a sua personalidade, a sua subjetividade, que deve ser organizada e comandada. Qualidade e quantidade do trabalho são reorganizadas em torno de sua imaterialidade”<sup>20</sup> (p. 25).

Um apoiador sintetizou como compreende a sua tarefa com o seguinte comentário: “[...] este é o problema de trabalhar no que a gente acredita...”. A criatividade e capacidade de invenção estão postos a trabalhar cada vez mais. Os apoiadores precisam produzir imaterialidades como a ampliação do compromisso ético-político com a saúde de qualquer um/uma, os exercícios de democracia, a qualificação das ofertas assistenciais, a humanização das práticas e a construção de uma rede de cuidados. E, ainda, para muitos do HumanizaSUS que mantinham relação com a academia, nesta já longa lista estavam incluídos também a produção e a publicação de conhecimento científico.

Apoiar visa a produção de imaterialidades que não são triviais em um mundo como o nosso. Há uma batalha em curso ‘por uma outra militância’<sup>21</sup>, uma luta travada nestes tempos paradoxais. Nas rodas de conversa da PNH, acompanhávamos as narrativas sobre as inúmeras inovações construídas no cotidiano dos serviços de saúde e também o enorme silêncio e o esgotamento dos sujeitos envolvidos nessa tarefa. Colocar-se na função de apoio, com a tarefa de fazer a máquina (de guerra<sup>15</sup>) funcionar, construir um coletivo que não se quer conivente, exercitar uma Política que se pretende desestabilizadora, produz vários tensionamentos que ressoam nos envolvidos. Não é sem sentimentos, nem sem consequências que se produz exercícios de democracia.

Alinhadas com a produção teórica sobre a Política e com os princípios da transversalidade e do fomento à autonomia e do protagonismo dos envolvidos que compõem o HumanizaSUS<sup>22</sup>, compreendemos que só os nômades conhecem a muralha da China e o tamanho do deserto, tal como na literatura menor de Kafka<sup>23,24</sup>, ou seja, a PNH é um rizoma, produz rizomas e é alimentada por eles. Estes são sempre uma multiplicidade que foge para vários lados ao mesmo tempo. Com isso queremos marcar que um apoiador, embora saiba das asperezas do deserto, continua nele e faz um recorte, avalia junto ao seu coletivo onde e quando apoiar. Mas a cada momento, novas experimentações surgem e outras perdem a força, sendo difícil acompanhá-las. É preciso estar no território para conhecer suas dimensões, seus desafios e (re)conhecer as parcerias. A nossa experiência, assim como o diálogo com os muitos apoiadores, aponta que há sempre novas pessoas que passam a compor uma “[...] comunidade eternamente provisória e sempre já desertada”<sup>3</sup> (p. 74).

## Considerações finais

Neste percurso buscamos colocar em evidência algumas narrativas dos apoiadores da PNH que sinalizam que há outras histórias a serem contadas e novas saúdes a serem inventadas. A tarefa do apoio no HumanizaSUS parece-nos como “Ancorar um navio no espaço”<sup>1</sup>. Para esta empreitada, é preciso uma multidão; são necessários muitos de nós.

Este nós habita tempos e situações paradoxais em que a saúde como dimensão de cidadania ora avança, ora é atropelada pelos ventos neoliberais. Existem princípios constitucionais que respaldam a construção de ousadias para garantir a saúde da população brasileira, sendo a PNH um exemplo. Há, ainda, um ‘exército anônimo’<sup>25</sup>, os trabalhadores do e pelo SUS, que insistem na construção do que é público. E, ao mesmo tempo, temos a naturalização do abismo entre ricos e pobres, de um Estado que funciona para manutenção das iniquidades e de um mercado que cresce impulsionado pelo próprio Estado. Sendo assim, o nós é uma estratégia por reafirmar o caráter político e as riquezas do SUS, dos movimentos reformistas e da PNH, como experiências - processos – projetos que visam romper com a privatização e o empobrecimento da vida.

Em meio aos inúmeros desafios de fazer saúde pública de qualidade em um país como o nosso, há um movimento de resistência que enxerga tanto as reais fragilidades do SUS, quanto as brechas para produção de mudanças. Consideramos que os apoiadores produzem e se incluem nos movimentos coletivos por reinventar as práticas, dando-nos indicativos de novas suavidades. Embora o cenário brasileiro seja marcado por iniquidades e desigualdades, onde até então víamos somente regularidade,

uma outra história pode coexistir. Há uma rede produzida e aquecida por muitos anônimos, dentre eles os apoiadores da PNH, que mantém a saúde como dimensão de cidadania de qualquer um/uma, como sintetiza a narrativa da apoiadora a seguir: “somos uma rede de apoiadores em busca de um SUS melhor”.

Por fim, sabemos que o HumanizaSUS e o investimento no apoio são políticas do atual governo e têm a sua duração cronológica incerta. Mas defendemos que, a despeito das disputas autorais e das alternâncias de poder e projeto inerentes à democracia, muitos ecos ainda serão ouvidos. Como nos ensinam Deleuze e Guattari<sup>4</sup>, pode parecer que nada mude, mas nós mudamos no acontecimento. E ressaltamos que

[...] a melhor maneira de matar um acontecimento que provocou inflexão na sensibilidade coletiva é reinseri-lo no cálculo das causas e efeitos. Tudo será tachado de ingenuidade ou espontaneísmo, a menos que dê ‘resultados concretos’. [...] como se tudo isso não fosse “concreto” e não pudesse incitar processos inauditos, instituintes!<sup>25</sup>

### Colaboradores

As autoras participaram, igualmente, da formulação e revisão do texto.

### Referências

1. César AC. A teus pés. 6a ed. São Paulo: Ática; 1998.
2. Fonseca TMG, Kirst P. Cartografias e devires: a construção do presente. Porto Alegre: Ed. UFRGS; 2003.
3. Blanchot M. O livro por vir. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
4. Deleuze G, Guattari F. O que é a filosofia? Rio de Janeiro: Ed. 34; 1992.
5. Guattari F. Revolução molecular. Rio de Janeiro: Brasiliense; 1981.
6. Santos NR. Posfácio. In: L' Abbate S. Direito à Saúde: discursos e práticas na construção do SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 281-83.
7. Vasconcelos MFF, Martins CP, Machado DO. Apoio institucional como fio condutor do Plano de Qualificação das Maternidades: oferta da PNH em defesa da vida de mulheres e crianças brasileiras. Interface (Botucatu). 2014; 18(1):997-1011.
8. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): MS; 2010.
9. Passos E, Barros E, Nunes G, Teixeira R, Paula T. Apresentação. Interface (Botucatu). 2014; 18(1):805-6.
10. Campos GWS. Apoio matricial e institucional em Saúde: Liane Righi entrevista Gastão Wagner de Souza Campos. Interface (Botucatu). 2014; 18(1):1145-50.
11. Pereira Júnior N. O apoio institucional no SUS: os dilemas da integração interfederativa e da cogestão [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2013.
12. Deleuze G. Foucault. 5a ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.
13. Martins CP, Luzio CA. Experimentações no apoio a partir das apostas da Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS. Interface (Botucatu). 2014; 18(1):1099-106.

14. Benevides R, Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):561-71.
15. Deleuze G. *Crítica e clínica*. São Paulo: Ed. 34; 1997.
16. Benevides R. Mensagem para os 10 anos da PNH [Internet]. Brasília (DF); 2013 [acesso 28 Nov 2013]. Disponível em: <http://www.redehumanizaus.net/67594-mensagem-de-regina-benevides-para-os-10-anos-da-pnh>
17. Barros ME, Silva FH. O trabalho do cartógrafo do ponto de vista da atividade. In: Passos E, Kastrup V, Tedesco S, organizadores. *Pistas do método da cartografia: a experiência da pesquisa e o plano comum*. Porto Alegre: Sulina; 2014. p. 128-52.
18. Blanchot M. *A comunidade inconfessável*. Brasília: UNB; 2013.
19. Paulon SM, Cardoso AGRC, Eidelwein C, Passos E, Righi LB, Verdi M, et al. Errâncias e itinerâncias de uma pesquisa avaliativa em saúde: a construção de uma metodologia participativa. *Saude Transf Soc*. 2014; 5(2):20-8.
20. Lazarrato M, Negri A. *Trabalho imaterial*. Rio de Janeiro: DP&A; 2001.
21. Oliveira GN, Pena RS, Amarin SC, Carvalho SR, Azevedo BM, Martins ALB, et al. Novos possíveis para a militância no campo da Saúde: a afirmação de desvios nos encontros entre trabalhadores, gestores e usuários do SUS. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1):523-9.
22. Ministério da Saúde (BR). *Cadernos HumanizaSUS: formação e intervenção*. Brasília (DF): MS; 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
23. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia* Rio de Janeiro: Ed. 34; 1997. v. 5.
24. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Ed. 34; 1995. v. 1.
25. Pelbart PP. Anotai: eu não sou ninguém [Internet]. *Folha de São Paulo*. 2013 Jul 19 [acesso 20 Jul 2013]. Disponível em: <http://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniao/119566-quotanota-ai-eu-sou-ninguemquot.shtml>

Martins CP, Luzio CA. Política HumanizaSUS: anclar la nave en el espacio. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):13-22.

El artículo discute la Política Nacional de Humanización - HumanizaSUS (PNH), el Ministerio de Salud, a partir de los relatos de todos los colaboradores y sobre cómo entender su labor en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Presenta algunos resultados de la investigación de doctorado, las perspectivas cartográficas, en las cuales fueron entrelazadas las narrativas de los colaboradores de las diferentes instancias del SUS. Por lo tanto, se considera que una red es producida y calentada por muchos agentes anónimos y los trabajadores para él SUS, dentro de estos hay también los que se autodenomina colaboradores de la PNH, que mantienen la salud como una dimensión de ciudadanía de cualquier persona, a pesar del complejo escenario nacional.

*Palabras clave:* Política Nacional de Humanización. Apoyo institucional. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 22/09/15. Aprovado em 18/04/16.

# A institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação: desafios e perspectivas na visão dos gestores estaduais do Sistema Único de Saúde (SUS)

André Luis Bonifácio de Carvalho<sup>(a)</sup>  
Helena Eri Shimizu<sup>(b)</sup>

Carvalho ALB, Shimizu HE. The institutionalization of monitoring and evaluation practices: challenges and prospects in the view of the Brazilian National Health System managers. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):23-33.

The aim of this study is to review the perception of state leaders on the practices and process for monitoring and evaluation (M & E) within the BNHS management. This is a qualitative study with a focus group, comprising managers from the states of Bahia, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Sergipe and Tocantins. The guide was developed to analyze how this theme is placed on the agenda of managers and its concreteness in everyday management. Findings: the weakness of institutionalization of M & E as an disjointed process between the three entities; overlapping between different management functions; low-skilled teams; insufficient integration of information systems, and vicious cycles generated from fragmented practices, hindering the institutionalization of processes.

**Keywords:** Monitoring. Evaluation of Health. Decision. Institutionalization.

O objetivo deste estudo é verificar a percepção dos dirigentes estaduais quanto às práticas e processos de monitoramento e avaliação (M & A) no âmbito da gestão do SUS. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com um grupo focal de gestores estaduais da Bahia, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins. O roteiro foi desenvolvido a partir do posicionamento da temática na agenda dos gestores e sua concretude no cotidiano da gestão. Verificaram-se: a fragilidade da institucionalização do M & A, enquanto um processo inarticulado entre os três entes; sombreamentos entre diversas funções de gestão; baixa qualificação das equipes; integração insuficiente dos sistemas de informação, e ciclos viciosos gerados a partir de práticas fragmentadas, dificultando a institucionalização dos processos.

**Palavras-chave:** Monitoramento. Avaliação. Decisão. Institucionalização.

<sup>(a)</sup> Departamento de Promoção da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. SQN 304, apto. 116. Brasília, DF, Brasil. 70736-060. andrelbc4@gmail.com

<sup>(b)</sup> Departamento de Enfermagem, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. shimizu@unb.br

## Introdução

Segundo Felisberto<sup>1</sup>, o fomento da “cultura avaliativa” requer a qualificação da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde, viabilizando uma efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação como subsidiárias ou intrínsecas ao planejamento e à gestão, dando suporte à formulação de políticas e ao processo decisório e de formação dos sujeitos envolvidos.

Segundo Brito<sup>2</sup>, as novas responsabilidades com a gestão do sistema de saúde requerem a incorporação da avaliação, enquanto componente no processo de planejamento; como atividade capaz de subsidiar as tomadas de decisões, e elemento auxiliar nas iniciativas voltadas para a mudança do modelo assistencial. Sua adoção como atividade sistemática no interior das gestões municipal, estadual e federal, pode ser considerada um dos indicadores de modificação do modelo assistencial.

Barros et al.<sup>3</sup> afirmam que avaliar tornou-se um ato de maior amplitude e implicação política, e, por isso, temos tentado anunciar a ideia de que o ato avaliativo compreende um conjunto de práticas ético-políticas, que sustentam intenções e realizam ações com efeito de medir, descrever e julgar o sentido, o mérito e a relevância das intervenções humanas, a fim de produzir aprendizagem para os sujeitos nela envolvidos de forma particular; e para a sociedade, de modo geral.

Tamaki et al.<sup>4</sup> destacam que o conceito de monitoramento comumente utilizado refere-se ao acompanhamento rotineiro de informações relevantes. O monitoramento propõe-se a verificar a existência de mudanças, mas, não, as suas razões, e inclui a definição da temporalidade para coleta e sistematização de dados. Trata-se de um processo sistemático e contínuo de acompanhamento de indicadores de saúde, e da execução de políticas, ações e serviços, visando à obtenção de informações em tempo oportuno, para subsidiar tomada de decisões, a identificação, encaminhamento de solução e redução de problemas, bem como a correção de rumos. Segundo o autor, na avaliação para a gestão, o objetivo dominante é sua constituição como elemento efetivamente capaz de participar de processos de tomada de decisão, ou seja, que produza respostas aos questionamentos relacionados ao objeto avaliado, preponderando sobre a cientificidade do conhecimento produzido.

A finalidade da avaliação não deve, simplesmente, distinguir intervenções exitosas ou fracassadas. De acordo com Rua<sup>5</sup>, apropriar-se da avaliação como um processo de apoio a um aprendizado contínuo em busca de melhores decisões e de amadurecimento da gestão, é muito mais importante.

Furtado<sup>6</sup>, citando Figueiredo e Tanaka<sup>7</sup>, afirma que, no Brasil, a avaliação desperta crescente interesse a partir dos anos 1990, quando a ampliação do número de iniciativas ligadas às políticas públicas sociais aumenta e, no contexto da Constituição de 1998, os direitos civis dos cidadãos brasileiros são ampliados. O Sistema Único de Saúde, nesse bojo, vem expor a importância econômica e política de serviços e programas de saúde.

Paim<sup>8</sup> entende que o processo de institucionalização da gestão do Sistema Único de Saúde pode ser caracterizado como um movimento pendular de descentralização/centralização, regido pelo esforço de se implantar o pacto federativo incorporado à Constituição de 1988. Esse processo, desencadeado fundamentalmente a partir de 1993, com o movimento em torno da “ousadia de cumprir a lei”, tem sido pontuado, ao longo dos últimos 15 anos, pela elaboração e implementação de políticas e estratégias que incidem sobre a missão das instituições gestoras em cada esfera de governo, estabelecendo a configuração das relações intergovernamentais.

Destaca, ainda, as Normas Operacionais (NOB 01/93<sup>9</sup>, NOB 01/96<sup>10</sup>) como indutoras da redefinição de funções e competências das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) no que se refere à gestão, organização e prestação de serviços de saúde, por meio da transferência de recursos (financeiros, basicamente, mas, também, físicos, humanos e materiais), dos níveis federal e estadual, para os municípios. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (2001/2002)<sup>10</sup> fortaleceu o movimento de (re)centralização com ênfase no fortalecimento do papel das Secretarias Estaduais de Saúde, tendo como estratégia central a elaboração e implementação de instrumento que pretendia estimular a regionalização da assistência por meio da organização de sistemas microrregionais de saúde.

O autor assevera que esse processo foi temporariamente interrompido com a mudança de governo em 2003, instalando-se um debate acerca da opção excessivamente “normativa”, adotada durante a década de 1990, culminando com a aprovação dos Pactos da Saúde, em 2006<sup>11</sup> – novo instrumento



de política que pretende instituir um processo de negociação permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias. Com isso, o Ministério da Saúde tenta substituir a estratégia adotada anteriormente, qual seja, a de induzir a tomada de decisões no âmbito estadual e municipal, a partir de incentivos financeiros, por uma outra centrada no compromisso político entre os gestores, a ser construída no espaço das Comissões Intergestoras Tripartite, ao nível nacional; e das Comissões Intergestoras Bipartites, em cada estado, mediante a assinatura de "Termos de Compromisso" pactuados politicamente.

Paim<sup>8</sup> também enfatiza um evidente "amadorismo" caracterizado: pela escassez de quadros qualificados para o exercício das múltiplas e complexas tarefas de condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços; e pela persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema.

Carvalho et al.<sup>12</sup> afirmam que a recente construção do Pacto pela Saúde e seu aprimoramento com a promulgação do Decreto 7508, de 28 de junho de 2011<sup>13</sup>, que regulamenta aspectos da Lei 8080/90, fundamenta-se no respeito aos princípios constitucionais do SUS, com ênfase nas necessidades da população, implicando o exercício simultâneo da definição de prioridades articuladas e integradas; buscando a melhoria do acesso às ações e serviços de saúde; o fortalecimento do planejamento regional, com a consequente definição das redes de atenção nas regiões de saúde; o aprimoramento dos mecanismos de governança, e a qualificação dos processos de pactuação tripartite.

Como destaca Felisberto<sup>14</sup>, no Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistemática, e nem sempre contribuindo com o processo decisório, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial.

O autor destaca que, mesmo com os avanços, ainda podem ser consideradas, como iniciativas, as ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, que identifica alguns dos limites dessas iniciativas: 1) *a ausência ou insuficiência da explicitação das diretrizes políticas e da definição estratégica que orientam a avaliação*; 2) *fragmentação e decorrente diversidade de orientações que presidem os processos de avaliação, impedindo que possam ser úteis à uma ação coordenada*; 3) *ênfase em variáveis relacionadas a processo*; e 4) *avaliações de resultados pontuais e/ou espacialmente restritas*<sup>15</sup>.

Nesta linha, Filho<sup>16</sup> destaca que documento recente, elaborado pelo Departamento de Regulação Avaliação e Controle do Ministério da Saúde, ressalta as muitas dificuldades para o desenvolvimento de ações de avaliação no SUS, citando limitações relacionadas à cultura da gestão que não prima pelo uso do planejamento, de bancos de dados (mesmo que disponíveis), da construção de indicadores e da fixação, acompanhamento e aferição de metas. Também chama a atenção para as dificuldades metodológicas da avaliação qualitativa, e, mesmo, para a ausência de sistemas de informação em saúde mais integrados.

Mesmo com essas limitações, cabem destaque iniciativas recentes, como: o forte investimento na construção da Política de Monitoramento e Avaliação da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ); as iniciativas do Monitoraids e do PlanejaSUS; a criação do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS, no âmbito da Secretária de Gestão Estratégica e Participativa, e o próprio processo de implementação do Pacto pela Saúde, que traz consigo a coerência com a diversidade operativa do sistema, o respeito às diferenças locais, agregando os pactos anteriormente existentes; reforçando a organização das regiões sanitárias; instituindo mecanismos de cogestão, corresponsabilidades e planejamento regional; fortalecendo os espaços e mecanismos de controle social; qualificando o acesso da população à atenção integral à saúde; redefinindo os instrumentos de regulação, programação e avaliação; valorizando a macrofunção de cooperação técnica entre os gestores, e propondo um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo.

Contrandriopoulos<sup>17</sup>, por sua vez, defende que a capacidade de institucionalização da avaliação como instrumento para melhorar o sistema de saúde é paradoxal, embora justificada pela suposição de que a informação produzida contribua para racionalizar os processos de decisão. Observa-se, contudo,

que os diferentes atores, que ocupam posições distintas, frequentemente, não conseguem chegar a um consenso quanto à pertinência dos resultados que a avaliação produz.

Para Denis<sup>18</sup>, institucionalizar significa criar uma nova função, novos papéis profissionais, novas regras de decisão, no que pode ser denominado: coalizão dominante no governo e nas administrações públicas em saúde.

Assim, para que este processo se institua de forma efetiva, se faz necessário: o aprimoramento dos mecanismos de pactuação que envolvem as práticas do monitoramento e avaliação da gestão do SUS, os quais devem ser implantados em todas as unidades federadas, estabelecendo-se a responsabilização dos estados e municípios e do gestor federal, com vistas ao fortalecimento da capacidade de gestão pública da saúde.

Nessa perspectiva, Tanaka<sup>19</sup> reafirma a convicção de que é essencial, para a avaliação, a identificação clara de quem tem a capacidade de mobilizar recursos e, conseqüentemente, para quem a avaliação se destina. Por conseguinte, torna-se importante e crucial a observação cuidadosa do cotidiano dos atores sociais que compõem as equipes de gestão dos sistemas de saúde, para que possamos identificar, na concretude da capacidade de mobilizar recursos, os reais sujeitos do processo de institucionalização da avaliação.

Porém convém ressaltar, segundo Miranda<sup>20</sup>, que dada a diversidade de iniciativas e experiências institucionais de avaliação e monitoramento da gestão governamental em saúde, que fenômeno requer uma investigação mais metódica e criteriosa, de modo a identificar tendências gerais, sistematizar experiências mais relevantes, aferir o cumprimento de preceitos normativos e, sobretudo, evidenciar significados relativos aos atores governamentais implicados. Este artigo tem como objetivo analisar a percepção de gestores estaduais sobre as práticas de monitoramento e avaliação, bem como, identificar os desafios e as perspectivas no que tange a sua institucionalização no âmbito do SUS.

## Material e métodos

Trata-se de estudo qualitativo sobre os processos de monitoramento e avaliação no âmbito das secretarias de saúde dos seus estados, para o qual foi constituído um grupo focal para captação e percepção dos gestores estaduais. A escolha pelo método baseia-se em Gatt<sup>21</sup>, ao defender que uma técnica aplicada por pesquisadores a um conjunto de pessoas selecionadas, para discussão e comentários em torno de um tema ou objeto de pesquisa, a partir de suas experiências pessoais, é um processo comunicativo flexível.

O grupo foi formado a partir da escolha intencional, levando em consideração: a distribuição regional, a observação de diferentes portes populacionais, a atuação dos dirigentes, e as referências técnicas das SES, na construção de agendas envolvendo o Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS/DEMAGS/SGEP. Os participantes, gestores vinculados ao setor responsável pelo desenvolvimento dos processos de monitoramento e avaliação, foram indicados pelas respectivas SES.

A princípio, foram selecionadas oito Secretarias Estaduais, entretanto, apenas seis participaram: Bahia, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Sergipe e Tocantins. As Secretarias do Pará e São Paulo foram as desistentes.

Para o desenvolvimento dos trabalhos, utilizou-se um roteiro de questões que permitiu a abordagem de temas inerentes a(os): práticas e processos de M&A e sua centralidade na agenda dos gestores; instrumentos utilizados na construção das práticas e processos do M&A da gestão; aspectos operacionais inerentes às práticas de M&A da gestão e aos desafios e perspectivas no que tange a sua institucionalização.

Os conteúdos produzidos pelo grupo focal foram transcritos na íntegra e, posteriormente, analisados com auxílio do software *Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte* (ALCESTE), em sua versão 4.10, permitindo, assim, uma análise lexical, considerando as palavras como unidades inseridas nos contextos de ocorrência, de modo a conhecer a estrutura e a organização do discurso, fornecendo acesso aos universos lexicais, de acordo com Reinert<sup>22</sup>.

O programa permite: analisar textualmente as produções semânticas dos sujeitos; utilizar a relação entre as palavras para identificar a frequência com que aparecem no discurso e suas associações em classes (cálculo do  $\chi^2$ ), e reconstituir o discurso compartilhado entre os sujeitos.

Shimizu<sup>23</sup> destaca que o programa auxilia na identificação do campo comum de ideias compartilhadas por um grupo social acerca de um determinado objeto social.

## Resultados

A partir da análise realizada pelo ALCESTE, obtivemos um dendograma estruturado em três eixos temáticos e subdivididos em cinco classes, a saber:

Eixo I: *Do manejo do M&A no âmbito da gestão*, composto pelas Classe Um: As práticas de M&A no âmbito da Gestão do SUS (49%) e Classe Dois: Situações críticas para M&A da gestão (16%);

Eixo II: *Dos instrumentos e métodos*, composto pela Classe Quatro: Instrumentos identificados na construção das práticas e processos do M&A da gestão (9%) e Classe Cinco: Aspectos operacionais inerentes às práticas de M&A da gestão (8%);

Eixo III: *Das Responsabilidades Interfederativas*, composto pela Classe Três: As práticas e processos de M&A nas relações federativas (18%).

A Figura 1, com o dendograma, detalha por eixo e classe o percentual referente à repetição de palavras e expressões que caracterizam a forma como os gestores entendem e/ou abordam os conteúdos inerentes aos processos de institucionalização das práticas e processos de monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

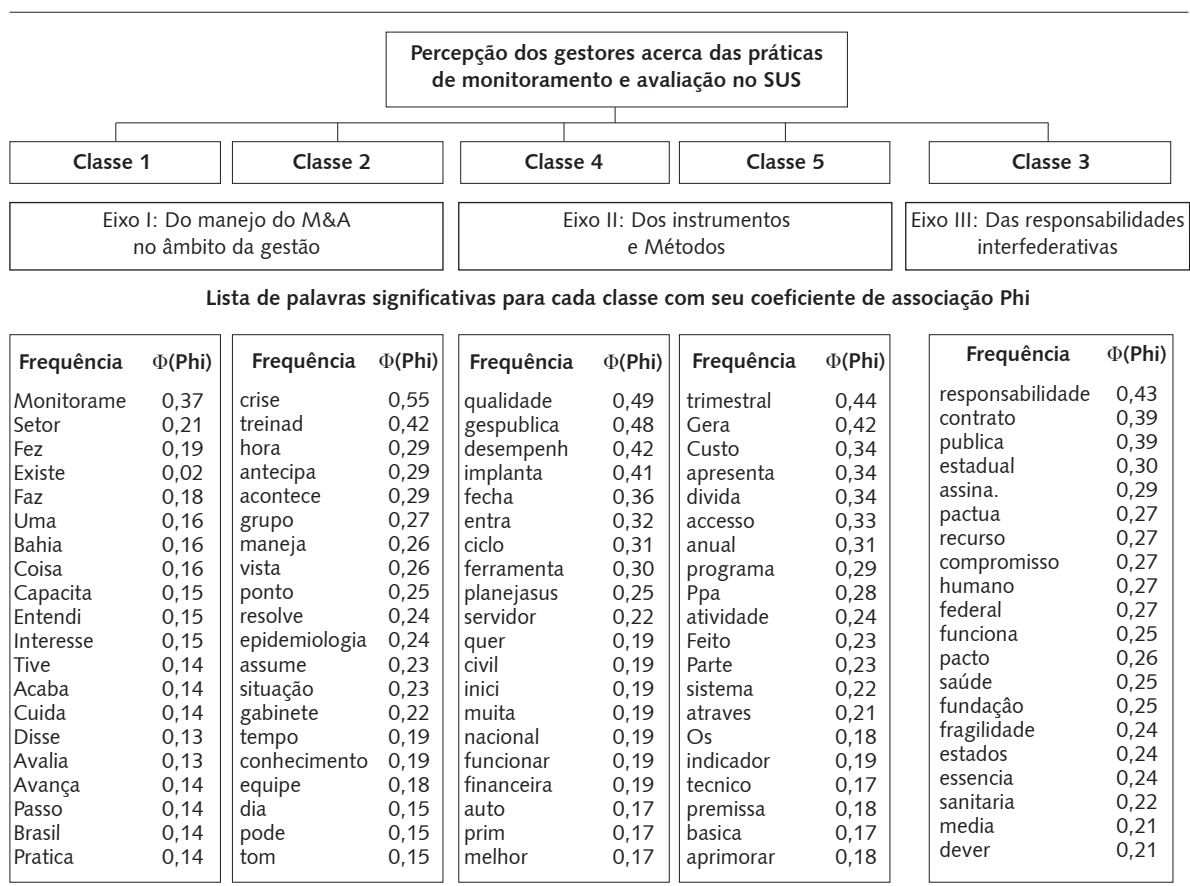


Figura 1. Dendograma da Percepção dos gestores acerca das práticas de monitoramento e avaliação no SUS

Da análise do eixo I, com as classes um e dois, depreende-se que o componente do monitoramento aparece mais fortemente destacado como prática no âmbito da gestão. Outro aspecto relevante diz respeito à constatação de zonas de sombreamento entre as funções de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria, sejam na forma da organização dos setores nas secretarias e/ou na organização das práticas de gestão. Fica evidente a existência de um setor ou setores que desenvolvem essas funções, mas que não garantem uma boa prática ou eficiência no manejo das ações. No que tange a classe dois, os achados demonstram que um dos grandes entraves ao processo de institucionalização das práticas de monitoramento e avaliação está vinculado ao desconhecimento sobre monitoramento e avaliação, sobretudo, a como institucionalizar essas práticas.

Verifica-se que tal situação leva os gestores a trabalharem constantemente em situações de crise. Assim, destacam, também, a importância de trabalhar na preparação de equipes, na infraestrutura adequada para antecipação das situações de crise, e de acompanhar, adequadamente, a implantação das políticas de saúde.

Mais uma vez, os gestores realçam a fragmentação do processo organizativo, o que dificulta a assunção no âmbito da gestão. Além disso, abordam o problema da centralização dos processos de discussão da temática, intrincando, sobremaneira, a capilarização dos conceitos e conteúdos e, conseqüentemente, complicando o processo de institucionalização.

O eixo II, conforme exposto anteriormente, é constituído pelas classes quatro e cinco, que tratam de instrumentos e métodos vinculados às práticas de monitoramento e avaliação, bem como dos processos operacionais inerentes à construção destes.

Na classe quatro, os gestores destacam instrumentos que contribuem para as práticas de monitoramento e avaliação, como o Gespublica, que é utilizado para a melhoria do desempenho das equipes gestoras e das práticas gerenciais nas secretarias. Outro instrumento relevante foi o PlanejaSUS, para o fortalecimento das práticas de planejamento no SUS, e conseqüente auxílio à qualificação da gestão. Cabe ressaltar a baixa integração na forma como foram abordados os sistemas de informação, prejudicando a extração de dados e a produção de informações. Desta forma, destacaram a instituição da política de informação e informática como necessária para qualificar as ações de monitoramento e avaliação.

A classe cinco aborda os processos operacionais inerentes às práticas de monitoramento e avaliação, destacando o uso de instrumentos de planejamento, como o relatório de gestão em sua modalidade trimestral, vinculado a desenvolvimento e qualificação da programação anual de saúde e aos indicadores do Pacto pela Saúde.

É clara a necessidade que os gestores têm de deixar explícita a importância da integração dos instrumentos e do processo de planejamento e gestão, com ênfase no papel das SES e na atuação da Secretaria de Planejamento dos Estados, como órgão de acompanhamento desta prática nos Estados.

O eixo III, classe três, trata das práticas e processos de M&A nas relações federativas, onde a experiência do Pacto pela Saúde e do Contrato de Ação Pública no Estado de Sergipe são apontados como expressões concretas de como os gestores definiram mais claramente as responsabilidades sanitárias, dentre elas, as que versam sobre monitoramento e avaliação envolvendo os três entes federados.

Identifica-se, nas falas, uma crítica à postura do Ministério da Saúde, com relação à indução de políticas voltadas para práticas hospitalocêntricas, em detrimento da atenção básica, quanto à sua forma de relacionar-se diretamente com os municípios, esvaziando o papel do Estado, como, também, a forma de como monitorar e avaliar os estados e municípios sem se submeter ao mesmo processo de avaliação. Os gestores, ao falarem especificamente da dinâmica de monitoramento e avaliação nos municípios, afirmaram desconhecer sua existência de maneira sistêmica, destacando as áreas da vigilância e da atenção básica por meio do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) onde ainda existe coleta de dados, mas não, necessariamente, uso para a tomada de decisão.

No que diz respeito à ação do Estado na relação com os municípios, os gestores destacam o uso do AMQ, um projeto inserido no contexto da institucionalização da avaliação da Atenção Básica no âmbito municipal, que oferece instrumentos para avaliação, planejamento e gestão da estratégia Saúde da Família. Na percepção dos gestores, ao focar a avaliação do processo de trabalho, o projeto

força as equipes a trabalharem com a melhoria dos indicadores de saúde, porque, para se alcançar um indicador, se faz necessário desenvolver um conjunto de atividades por meio da mudança de padrões e processos. Por essas e outras características, os gestores apontaram esse processo como uma prática intergestores, que permite monitorar e avaliar.

Outra abordagem realizada diz respeito à discussão das macrofunções vinculadas às Funções Essenciais de Saúde Pública (FESP), que necessitam, segundo os gestores, ser discutidas, também, para os municípios, fortalecendo o entendimento das práticas de gestão como um processo integrado, e não como ações isoladas onde uns planejam e outros orçam, uns monitoram e outros avaliam. Reforçando o exposto, destacam, ainda, que o gestor que não planeja não tem capacidade de medir seu desempenho, e quem não tem capacidade de medir seu desempenho jamais terá capacidade de fazer uma avaliação qualificada, pois não haverá referencial para isso.

A necessidade de se buscarem evidências que fortaleçam a compreensão sobre as práticas de monitoramento e avaliação no âmbito da gestão, sobretudo no momento em que o Ministério da Saúde as tem como um objeto, é um ponto que provoca grande interesse nas equipes estaduais.

Por fim, surge, mais uma vez, o posicionamento do grupo quanto à deficiência de pessoal e de qualificação e quantidade – situação apontada como uma fragilidade inerente à não-implantação da política de regulação do trabalho e de educação permanente. A qualificação do corpo técnico das secretarias, com o objetivo de acompanhar as responsabilidades estabelecidas e monitorar as metas pactuadas, foi uma indicação do grupo de gestores.

## Discussão

Os achados do eixo I por meio das classes I e II, que têm *o manejo do M&A no âmbito da gestão*, apontam ausência de clareza entre as funções de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria no âmbito da gestão, o que é caracterizado ora pela realização dessas funções de forma concorrente por setores distintos da mesma secretaria, ora de forma desarticulada; o que, segundo os gestores, dificulta a apreensão de conceitos e conteúdos, reforçando a fragmentação das ações e dificultando a articulação e a harmonização das agendas em torno das ações de monitoramento e avaliação. Desta forma, é pertinente a posição crítica de que a existência de um setor ou de setores que desenvolvam essas funções não garante uma boa prática ou eficiência no manejo das ações.

Nesta mesma linha, os gestores afirmam que um dos grandes entraves no processo está vinculado ao desconhecimento sobre os conteúdos inerentes ao monitoramento e avaliação, sobretudo, a institucionalização de suas práticas, fato que os leva a trabalhar em constante situação de crise.

Estes achados encontram respaldo na assertiva de que, no Brasil, a avaliação em saúde apresenta-se, ainda, por intermédio de processos incipientes, pouco incorporados às práticas, possuindo, quase sempre, um caráter mais prescritivo e burocrático. Não faz parte da cultura institucional, aparecendo de maneira pouco sistemática e sistematizada, e nem sempre contribui com o processo decisório e com a formação dos profissionais, necessitando, portanto, de investimentos de ordem técnica e política por parte da administração pública setorial<sup>16</sup>.

Desta forma, os aspectos destacados apontam para a necessidade do fomento da “cultura avaliativa”, que, pela abordagem realizada pelos gestores, aparece em uma situação crítica, pois requer a qualificação da capacidade técnica nos diversos níveis do sistema de saúde, sendo um viabilizador da efetiva associação das ações de monitoramento e avaliação, subsidiando o planejamento, a gestão e os processos decisórios<sup>19</sup>.

Outros pontos, no tocante ao eixo I, dizem respeito: à baixa capacitação das equipes, à inadequada infraestrutura, e à centralização dos processos decisórios, formando um ciclo vicioso que atrapalha a capilarização dos conceitos e conteúdos, fragilizando o processo de institucionalização das práticas de M&A.

Fica claro que, se os gestores não forem capazes de integrar as práticas de monitoramento e avaliação em um sistema organizacional, influenciando o seu comportamento, ligando, necessariamente, as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas, a



institucionalização não ocorrerá. Para tanto é necessário o desenvolvimento de ações junto aos atores estratégicos das organizações, sensibilizando-os para o aprimoramento das práticas avaliativas no sentido de qualificar a tomada de decisão<sup>6,10-15</sup>.

O eixo II aborda aspectos inerentes aos instrumentos e métodos vinculados às práticas de M&A e aos processos operacionais inerentes à construção dos mesmos.

A influência do Gespublica – enquanto metodologia utilizada para a melhoria do desempenho das equipes gestoras e das práticas gerenciais nas secretarias – e do PlanejaSUS é percebida, tendo sido utilizada para o fortalecimento das práticas de planejamento no SUS. Porém, cabe lembrar a baixa integração dos sistemas de informação dificultando o manejo de dados e a produção de informações, fato que destacou a necessidade de implantação de política de informação e informática, a fim de qualificar as ações de M&A.

Toda a abordagem encontrará respaldo nos achados de documento recentemente elaborado pelo Departamento de Regulação Avaliação e Controle do Ministério da Saúde, que destaca, como limitações para o desenvolvimento de ações de avaliação no SUS, as relacionadas à cultura da gestão, que não prima pelo uso do planejamento; de bancos de dados (mesmo que disponíveis); da construção de indicadores e da fixação; acompanhamento e aferição de metas e dificuldades metodológicas da avaliação qualitativa, e, mesmo, a ausência de sistemas de informação em saúde mais integrados<sup>7,9,18</sup>.

Ainda no que se refere aos processos operacionais, enfatiza-se o uso do relatório de gestão, vinculando-o à programação anual e aos indicadores do Pacto pela Saúde, ficando patente a necessidade de integrar os instrumentos e processo de planejamento e gestão, com ênfase no papel das SES.

Este eixo tem destaque como a expressão operacional das práticas de monitoramento e avaliação, e os seus achados dialogam com as novas responsabilidades a serem assumidas pela gestão, requerendo a incorporação da avaliação como componente do processo de planejamento, como atividade capaz de subsidiar as tomadas de decisões, e como elemento a ser considerado como indicador de modificação ou como uma iniciativa voltada para a mudança do modelo assistencial<sup>1,2</sup>.

Por fim, o eixo III apresenta os acordos interfederativos, expressos no Pacto pela Saúde e no Contrato de Ação Pública no Estado de Sergipe, onde os gestores definiram, de forma mais clara, as responsabilidades sanitárias, com destaque para as que versam sobre monitoramento e avaliação. Os processos envolvem, necessariamente, os três entes federados, e ficam explícitas as fragilidades do processo na postura do Ministério da Saúde, como indutor de políticas voltadas para práticas hospitalocêntricas, na forma de intervenção na relação com os municípios e na forma como se submeter ao processo de avaliação.

O desenvolvimento incipiente de práticas de monitoramento e avaliação de maneira sistêmica e integrada é notório, sendo imprescindível pensar a gestão de um modo mais articulado.

Aqui é visível a falta e/ou fragilidade de uma gestão profissionalizada, ou seja, persistindo um marcado “amadorismo” na gestão, afetando todos os níveis, tanto pela falta de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com: a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços; quanto pela persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema<sup>9</sup>.

## Considerações finais

As evidências encontradas reforçam a necessidade de aprimoramento dos mecanismos de pactuação que envolvam as práticas de monitoramento e avaliação incorporadas no cotidiano de gestores e profissionais. Essas práticas não podem estar apenas vinculadas à obrigação de prestação de contas ou medição de resultados para satisfação de agentes formuladores de programas e/ou políticas setoriais.

Fica evidente que, mesmo numa posição na qual as práticas de monitoramento e avaliação sejam capazes de mobilizar recursos, ainda é frágil a leitura do cotidiano dos atores sociais que compõem as



equipes de gestão dos sistemas de saúde, dificultando a construção de uma agenda interfederativa e a institucionalização das práticas de M&A, inviabilizando a adoção de práticas mais integradoras no âmbito da gestão<sup>23</sup>.

Desta forma, fica claro que é imprescindível: o investimento na qualificação e no provimento de recursos humanos; adoção de atividades sistêmicas capazes de produzir aprendizagem nos sujeitos envolvidos, e o fortalecimento das práticas de planejamento, regulação, monitoramento e avaliação de forma integrada. Outro ponto guarda relação com a definição exata das diretrizes técnico-políticas que nortearam os processos e práticas, como, também, a definição das estratégias e responsabilidades intergestores, possibilitando o aprimoramento das funções gestoras, o amadurecimento de suas práticas e a consequente tomada de decisão com segurança e qualidade<sup>3,4,16,17,19,20</sup>.

### Colaboradores

ALB Carvalho participou na concepção do artigo, elaboração da metodologia, obtenção e análise do material discursivo, redação final do artigo; HE Shimizu participou na elaboração da metodologia e revisão final do artigo, e MF Sousa participou na discussão dos conteúdos.

### Referências

1. Felisberto E. Análise da implantação e da sustentabilidade da política nacional de monitoramento e avaliação da atenção básica em saúde no Brasil no período de 2005 a 2008 (dissertação). Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (CPqAM/Fiocruz); 2008.
2. Brito TA, Jesus CS. Avaliação de serviços de saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Rev Digit:(Buenos Aires) [Internet]. 2009 [acesso 28 Jul 2015]; 14(139). Disponível em: <http://www.efdeportes.com/>
3. Barros NF, Castellanos MEP, Motta MC, Alegre SM, Tovey P, Broom A, et al. A produção de sínteses com evidências qualitativas: uma revisão de métodos e técnicas. In: Onocko RC, Furtado JF, organizadores. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora Unicamp; 2011. p. 121-34.
4. Tamaki EM, Tanaka OY, Felisberto E, Alves CKA, Junior MD, Bezerra LCA, et al. Metodologia de construção de um painel de indicadores para o monitoramento e avaliação da gestão do SUS. Cienc Saude Colet. 2012; 17(4):821-8.
5. Rua MG. Avaliação de Políticas, Programas e Projetos: notas introdutórias [Internet]. 2010 [acesso 10 Nov 2015]. Disponível em: [https://jacksondetoni.files.wordpress.com/2014/05/texto-apoio-05-\\_-grac3a7as-rua.pdf](https://jacksondetoni.files.wordpress.com/2014/05/texto-apoio-05-_-grac3a7as-rua.pdf)
6. Furtado JP, Laperrière H. A avaliação da avaliação. In: Onocko RC, Furtado JF, organizadores. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde. Campinas: Editora Unicamp; 2011. p. 19-39.
7. Tanaka OY: Caminhos alternativos para a institucionalização da avaliação em Saúde. Cienc Saude Colet. 2006; 11(3):564-76.

8. Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde. 2a ed. Salvador: EDUFBA; 2005. p. 9-10.
9. Portaria MS/GM nº 545, de 20/05/1993. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1993.
10. Portaria MS/GM nº 2203, de 5/11/1996. Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema - NOB 01/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
11. Portaria nº 373, de 27/02/2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002: regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
12. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de gestão-regulamento. Brasília (DF): MS; 2006. (Série Pactos pela Saúde; 2).
13. Carvalho ALB, Souza MF, Shimizu HE, Senra IMVB, Oliveira KC. A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica. Cienc Saude Colet. 2012; 17(4):901-11.
14. Decreto nº 7508, de 28/06/2011. Regulamenta a Lei nº 8080/90. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa; 2011.
15. Felisberto E. Institucionalização da avaliação. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 143-61.
16. Santos Filho SB, organizador. Avaliação e humanização em Saúde: marcos conceituais e metodológicos. Ijuí: Editora Unijui; 2009. Avaliação e humanização em Saúde: aproximações metodológicas; p. 27-54.
17. Contrandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. Cienc Saude Colet. 2006; 11(3):705-11.
18. Denis JL. Institucionalização da avaliação na administração pública. Rev Bras Saude Mater Infant. 2010; 10 Supl 1:229-37.
19. Figueiredo AMA, Tanaka OY. A avaliação no SUS como estratégia na reordenação da saúde. Cad Fundape. 1996; (19):98-105.
20. Miranda AS. Proposição de escopo para a avaliação da gestão no Sistema Único de Saúde. Relatório final de consultoria prestada ao Ministério da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.
21. Gatti BA. Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Brasília (DF): Liber Livro Editora; 2005.
22. Reinert M. Alceste une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurelia De Gerard De Nerval. Bull Methodol Sociol. 1990; (26):24-54.
23. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Physis. 2013; 23(4):1101-22.

Carvalho ALB, Shimizu HE. La institucionalización de las prácticas de supervisión y evaluación: retos y perspectivas desde el punto de vista de los gestores estatales del Sistema Brasileño de Salud. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(60):23-33.

El objetivo de este estudio fue el de comprobar la percepción de los líderes del estado en las prácticas y proceso de seguimiento y evaluación (M & A) dentro de la gestión del NHS. Se trata de un estudio cualitativo con un grupo de discusión que tuvo lugar junto con los administradores de los estados de Bahía, Mato Grosso, Rio de Janeiro, Santa Catarina, Sergipe y Tocantins. El guión fue desarrollado a partir de la colocación del tema en la agenda de los directivos y su concreción en la gestión cotidiana. Se hizo referencia a la debilidad de la institucionalización de M & A como un proceso desarticulado entre las tres entidades, con matices entre las diferentes funciones de gestión, equipos de baja cualificación, insuficiente integración de los sistemas de información y se observaron los ciclos viciosos generados a partir de prácticas fragmentadas, cosa que dificulta la institucionalización de estos procesos.

*Palabras clave:* Seguimiento. Evaluación. Decisiones. Institucionalización.

Submetido em 25/11/15. Aprovado em 28/03/16.



# Análisis de materiales didácticos e informativos sobre dengue en Argentina

Fernando Garelli<sup>(a)</sup>  
 Mariana Sanmartino<sup>(b)</sup>  
 Ana Dumrauf<sup>(c)</sup>

Garelli F, Sanmartino M, Dumrauf A. Analysis of didactic and informative materials about dengue in Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):35-49.

We present an analysis of didactic and informative materials about dengue elaborated by Health and Education Ministries of Argentina. We performed Content Analysis inquiring aspects regarding health dimensions, didactic models, epidemiological models and participation concepts. We inferred that the dominant perspective had a strong biomedical imprint within a linear multicausal model. The main focus was “breeding site reduction”, actions to diminish domestic water-holding containers where *Aedes aegypti* breeds. Regardless of the importance given to participation, the underlying concept was pseudo participation (the community as mere target for recommendations, without influence in decisions). Finally, despite finding constructivist intentions in the introductions of didactical materials, we identified a transmission-reception model in most activities.

**Keywords:** Dengue. Health education. Analysis of didactic materials.

Presentamos un análisis de materiales didácticos e informativos sobre dengue, elaborados por Ministerios de Salud y Educación de diferentes jurisdicciones de Argentina. Realizamos un análisis de contenido indagando dimensiones de la salud, modelos didácticos, modelos epidemiológicos y concepciones acerca de participación. Inferimos que la perspectiva dominante tuvo una fuerte impronta biomédica, desde un modelo epidemiológico lineal multicausal. El eje principal fue el “manejo de criaderos”, acciones para reducir los recipientes domésticos con agua en los que se cría el mosquito *Aedes aegypti*. Si bien la participación de la comunidad apareció como central, la concepción subyacente fue de pseudoparticipación (la comunidad como ejecutora de recomendaciones, sin injerencia en las decisiones). Finalmente, si bien en las fundamentaciones de las propuestas didácticas inferimos una intencionalidad constructivista, en la mayoría de las actividades identificamos un modelo de transmisión-recepción.

**Palabras clave:** Dengue. Educación en salud. Análisis de materiales didácticos.

<sup>(a,b,c)</sup> Grupo de Didáctica de las Ciencias, Instituto de Física de Líquidos y Sistemas Biológicos, Universidad Nacional de La Plata-Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Calle 59, n° 789. 1900, La Plata, Buenos Aires, Argentina. fgarelli@ifysib.unlp.edu.ar; mariana.sanmartino@conicet.gov.ar; gdumrauf@fahce.unlp.edu.ar

## Introducción

El dengue es considerada actualmente la enfermedad viral transmitida por artrópodos de mayor importancia en el mundo, con aproximadamente cincuenta millones de infecciones estimadas por año<sup>1</sup>. Se trata de una enfermedad reemergente cuya incidencia viene creciendo en forma exponencial desde la década del 1950. El virus es transmitido fundamentalmente por el mosquito *Aedes aegypti*, una especie fuertemente urbana y antropofílica que se suele criar en recipientes artificiales<sup>2</sup>. En Argentina, la problemática reapareció en el norte del país en 1998 y se instaló definitivamente a partir de la epidemia de 2009, durante la cual se confirmaron oficialmente unos 26.000 casos, incluyendo seis muertes<sup>3</sup>. Actualmente, el tema ocupa un lugar preponderante en las campañas de salud pública nacionales, especialmente alrededor del verano, y se estima que unos veinte millones de personas viven en riesgo de contagio en el país<sup>4</sup>.

Desde diversos sectores se reconoce cada vez más la naturaleza multidimensional de ésta y otras problemáticas de salud, dejando de lado la tradicional mirada biomédica y contemplando en su caracterización un complejo entramado de aspectos socioculturales, políticos, biológicos, ambientales y sanitarios en permanente interacción<sup>5-9</sup>. En este reconocimiento, el abordaje educativo de esta problemática se vuelve fundamental. En consonancia, la Organización Mundial de la Salud incluye, dentro de sus recomendaciones, la necesidad de un enfoque integrado para el control del dengue, recurriendo a diferentes sectores y disciplinas, incluyendo a la participación comunitaria como eje fundamental e incorporando el tema dentro de las currículas educativas, buscando *empoderar a la población, posibles pacientes y sus familias*<sup>1</sup>.

En el campo de la educación en salud, existen algunos antecedentes en los que se han analizado materiales producidos para abordar la problemática. Estudios realizados sobre libros de texto<sup>10,11</sup> y materiales impresos<sup>12</sup> en Brasil identificaron aproximaciones predominantemente biomédicas, errores conceptuales, ilustraciones inadecuadas, descontextualización sociocultural del contenido y abordajes pedagógicos con énfasis en "prescripciones y memorización, sin establecer propuestas de observación de la realidad y de acciones colaborativas e intersectoriales"<sup>12</sup> (p. 45).

En Argentina, desde los ámbitos institucionales, el dengue es y ha sido abordado como problemática de salud pública y como contenido de enseñanza, habiéndose desarrollado una variedad de materiales didácticos e informativos en Ministerios de Salud y Educación de la Nación y de distintas provincias.

Como primer paso en el marco de un proyecto que se propone abordar la problemática del dengue desde la perspectiva educativa, en este trabajo analizamos materiales didácticos e informativos – actualmente disponibles – generados desde los ámbitos mencionados.

## Contextualización teórico-metodológica

De acuerdo con un análisis preliminar de encuestas realizadas a docentes de primaria<sup>(d)</sup> de la zona de La Plata, Provincia de Buenos Aires, las páginas web de los ministerios constituirían la principal fuente de información para abordar la problemática del dengue en las aulas. Por este motivo, decidimos realizar un análisis exhaustivo de los recursos allí disponibles, para lo cual durante agosto de 2015 llevamos adelante búsquedas en los sitios web de los Ministerios de Salud y de Educación de cada provincia de la Argentina y los correspondientes

<sup>(d)</sup> El nivel de Educación Primaria corresponde a los primeros años de educación escolar, con seis cursos académicos a los que ordinariamente asisten niños/as de entre 5/6 años a 11/12 años. Fue seleccionado por ser el único nivel que incorpora al dengue como tema dentro del diseño curricular de la Provincia de Buenos Aires.



a nivel nacional. En una primera instancia, clasificamos los materiales obtenidos en “informativos” y “propuestas didácticas” y excluimos del análisis aquellos con contenidos técnicos dirigidos específicamente a integrantes de los equipos de salud.

Con los materiales relevados realizamos un análisis de contenido, siguiendo la perspectiva propuesta por Bardin<sup>13</sup>. Primero efectuamos un pre-análisis que implicó la realización de lecturas iniciales a partir de las cuales se comenzaron a delimitar las categorías y ejes. En una segunda fase pusimos en práctica lo que el autor denomina “aprovechamiento del material”: operaciones de codificación, descomposición y enumeración en función de consignas formuladas previamente, a partir del marco teórico de referencia y el pre-análisis. La tercera fase fue de “tratamiento de resultados, inferencia e interpretación”, en la cual elaboramos conclusiones en función del trabajo anterior, articulando con el mencionado marco teórico, el cual incluyó aspectos relacionados con dimensiones de la salud, modelos didácticos, modelos epidemiológicos y concepciones acerca de la participación.

Como marco analítico utilizamos dimensiones inferidas en un trabajo previo sobre representaciones de docentes respecto de la salud: biomédica, psicológica, social, cultural, política y ambiental<sup>14</sup>. En cada documento identificamos componentes temáticos, que clasificamos en cada una de estas dimensiones.

Representamos gráficamente la importancia relativa de cada dimensión y sus componentes de acuerdo al tipo de material, a través de “nubes de palabras”, un “tipo de figura en la cual las palabras más frecuentes de un texto se resaltan al ocupar más lugar en la representación obteniendo una forma rápida y visualmente rica”<sup>15</sup> (p. 630) de mostrar los datos, en este caso, los “pesos” relativos de las dimensiones y sus componentes. Utilizando la plataforma del sitio web WordItOut (<http://worditout.com>), para cada tipo de material y para cada dimensión, construimos una nube partiendo de las respectivas listas de componentes temáticos (sintetizados mediante una sola palabra para facilitar el análisis, por ej.: “criaderos”).

En las propuestas didácticas, inferimos los modelos didácticos retomando la caracterización elaborada por Jiménez Aleixandre<sup>16</sup>. Dicha autora configura tres modelos a partir de cuatro dimensiones de análisis de la enseñanza: los fundamentos, tanto de tipo psicológico como epistemológico; los principios, es decir lo que se entiende por aprender y enseñar ciencias naturales en cada modelo; el modelo en acción, caracterizado con base en la selección y organización de contenidos que define los tipos de actividades de enseñanza privilegiados; y el sistema social, incluyendo los roles, las interacciones y el contexto que presupone. A partir de ello, la autora identifica tres modelos: de *transmisión-recepción*, de *aprendizaje por descubrimiento* y *constructivista*. A su vez, para caracterizar con mayor detalle a las actividades incluidas en dichas propuestas, tomamos el esquema planteado por Banchi y Bell<sup>17</sup>, que reconoce cuatro niveles de indagación, definidos según la información dada a las/os estudiantes respecto de la pregunta guía, los procedimientos y los resultados esperados: Nivel 1, indagación de confirmación (se brinda la pregunta, el procedimiento y el resultado); Nivel 2, indagación estructurada (se brinda la pregunta y el procedimiento); Nivel 3, indagación guiada (sólo se brinda la pregunta); Nivel 4, indagación abierta (se plantea un tema y los/as estudiantes definen pregunta y procedimiento para llegar a un resultado).

Para analizar el modelo epidemiológico subyacente a los materiales, analizamos los elementos que identificamos como explicativos de la ocurrencia de la problemática. Utilizamos como marco la propuesta de Breilh<sup>18</sup> que distingue diferentes perspectivas epidemiológicas de la salud: el modelo *lineal (uni o multi) causalista* de la epidemiología clásica, que propone explicar la enfermedad a partir de la sucesión lineal y unidireccional de una o múltiples causas; el *empírico ecológico*, basado en la tríada de sistemas agente-huésped-medio; y dos modelos que consideran estructuras sociales, el de los *determinantes sociales de la salud* de la OMS y la *epidemiología crítica*. Mientras que el modelo de los determinantes sociales de la salud se enfoca en procesos individuales y lo social aparece como variables externas que inciden en estados patológicos de las personas, en el paradigma crítico se incorporan las nociones de proceso y de lo colectivo desde una comprensión dialéctica y compleja de los procesos de determinación.

Respecto de los conceptos de participación, tomamos la escala confeccionada por Ussher<sup>19</sup> a partir de la revisión de diferentes estudios. La autora diferencia entre seis niveles de participación creciente: 1) Pseudo-participación, participación aparente, manipulación, cooptación. 2) Curiosidad, recepción de

información, sin compromiso. 3) Participación tangencial, tentativa, contribuciones limitadas, consulta, compromiso indefinido. 4) Participación específica, intercambio de información, delegación, mediano compromiso. 5) Participación frecuente, iniciativa, cogestión, crítica, reflexión, implicancia, incidencia en la evaluación, asesoramiento, asociación, alto compromiso. 6) Núcleo de máxima participación, autogestión, posición crítica, reflexión, control directo de decisiones, máximo compromiso.

## Resultados

A partir de la búsqueda y selección realizada, obtuvimos 41 documentos de 12 jurisdicciones diferentes (Cuadro 1 y Cuadro 2). De los documentos relevados, caracterizamos 33 como materiales informativos, principalmente guías y folletos, aunque también incluimos en este grupo spots audiovisuales, radiales, un cuaderno con ilustraciones, un cómic, una serie de tiras de historietas y una obra de teatro. Los ocho restantes correspondieron a propuestas didácticas, orientadas a distintos niveles educativos (inicial, primario y secundario).

### Componentes y dimensiones de la salud presentes en los materiales

En la segunda fase analítica, identificamos los componentes temáticos presentes en todos los materiales y los clasificamos dentro de las dimensiones ya mencionadas. Así, obtuvimos un total de 34 componentes que agrupamos en tres dimensiones: biomédica, social y ambiental, tal como mostramos en el Cuadro 3.

En la dimensión biomédica incluimos contenidos propios de la biología y la medicina. Sus componentes principales fueron: características del mosquito, mayormente asociadas a su morfología y ciclo de vida (los estadios por los que pasa en su ontogenia: huevos, larvas, pupas y adultos); el ciclo de transmisión, es decir cómo se transmite el virus entre mosquitos y personas; los síntomas del dengue, que incluyeron dolor de cabeza, fiebre alta, dolor en las articulaciones, dolor retroocular; y el manejo de criaderos, acciones de prevención respecto de cada tipo de recipiente con agua encontrado en las casas (por ejemplo, tanques, floreros y neumáticos), que potencialmente pueden convertirse en criaderos. Este último componente (el manejo de criaderos) fue clasificado estrictamente como biomédico y no dentro de la dimensión social dado que plantea medidas de prevención para realizar individualmente.

En la dimensión social, los componentes más frecuentes fueron la difusión de información y la realización de acciones individuales dentro de la comunidad (por ejemplo, ayudar a vecinos/as con las medidas de prevención). En algunos materiales, también identificamos acciones comunitarias (aquellas en las que los actores son grupos organizados, por ejemplo sociedades de fomento). A su vez, particularmente en algunas de las guías más extensas, encontramos la explicitación de factores causales determinantes de la incidencia de dengue, como el aumento de la población, la mala planificación urbana, los problemas en la recolección de basura, entre otros.

En la dimensión ambiental encontramos solamente un componente, la asociación de factores climáticos (particularmente las lluvias y altas temperaturas) con la proliferación del mosquito.

Finalmente, cabe destacar que no encontramos elementos vinculados con las dimensiones política, cultural y psicológica de la salud.

### Materiales informativos

En los materiales informativos, la dimensión biomédica fue central y preponderante. Dentro de ésta, el manejo de criaderos se constituyó en el componente más frecuente y el eje principal - explícito o evidenciado - para la prevención del dengue. Con fines ilustrativos, en la Figura 1A mostramos un folleto cuyo contenido está centrado en ciertas recomendaciones respecto del manejo de criaderos: renovar el agua de los recipientes, desechar los no deseados, dar vuelta algunos y tapar otros.

**Cuadro 1.** Clasificación de los materiales informativos, según ministerio y jurisdicción (provincial o nacional)

Título	Tipo	Ministerio, jurisdicción
Guía de Prevención para el contagio de Dengue	Guía	Educación, Buenos Aires
#Sin Mosquito No hay dengue	Folleto	Salud, Córdoba
Dengue	Audiovisual	Salud, Córdoba
El mosquito Aedes aegypti, bajo la lupa	Guía	Salud, Córdoba
Sin mosquitos no hay dengue	Folleto	Salud, Corrientes
Dengue y Chikungunya	Folleto	Salud, Entre Ríos
Dengue y dengue hemorrágico, normas de vigilancia y control	Guía	Salud, Jujuy
¿Qué es el dengue?	Folleto	Salud, Jujuy
Este mosquito está en La Pampa	Folleto	Salud, La Pampa
La escuela contra el dengue	Guía	Educación, La Pampa
Guía básica Dengue	Guía	Salud, Mendoza
Dengue	Guía	Salud, Misiones
Naipes	Naipes	Salud, Nación
Atención: dengue y Chikunguña	Folleto	Salud, Nación
Serie de siete folletos	Folleto	Salud, Nación
Serie de cuatro spots radiales	Spot radial	Salud, Nación
Serie de nueve spots audiovisuales	Audiovisual	Salud, Nación
Invasión	Cómic	Salud, Nación
Mosquito Lito	Ilustraciones	Salud, Nación
El Dengador	Historietas	Salud, Nación
Dengue prevención y control	Guía	Educación, Salta
La escuela participa en la prevención del dengue	Guía	Educación, Salta
Ciclo de vida del mosquito Aedes aegypti	Audiovisual	Educación, Salta
No dejemos entrar al mosquito	Folleto	Educación, Salta
Dengue, el mosquito	Guía	Salud, San Luis
Dengue, la enfermedad	Guía	Salud, San Luis
Guía de prevención y control del mosquito que transmite el dengue.	Guía	Salud, San Luis
Otras preguntas sobre dengue	Guía	Salud, San Luis
Guión obra de teatro de prevención e información sobre la enfermedad del dengue	Obra de teatro	Salud, San Luis
Recomendaciones para evitar el dengue	Folleto	Salud, Santa Fe
Descacharrado	Guía	Salud, Santa Fe
Prevención del dengue Información para municipios y comunas	Guía	Salud, Santa Fe
¿Cómo enfrentar cotidianamente las enfermedades emergentes que ya no son nuevas? Dengue	Guía	Salud, Santa Fe

**Cuadro 2.** Clasificación de las propuestas didácticas, según nivel (inicial, primario o secundario), ministerio y jurisdicción (provincial o nacional)

Título	Nivel	Ministerio, jurisdicción
Campaña escolar contra el dengue	Primario	Educación, Buenos Aires
Seguimos investigando sobre el dengue y la gripe A	Primario	Educación, Buenos Aires
Sin mosquitos, no hay dengue	Inicial	Educación, Córdoba
Sin mosquitos, no hay dengue	Primario	Educación, Córdoba
Sin mosquitos, no hay dengue	Secundario	Educación, Córdoba
Dengue. Actividades de apoyo	Todos	Salud, Mendoza
Proyecto: ¡Fuera el dengue!	Primario	Educación (Programa Escuelas del Bicentenario), Nación
Dengue, prevención y control	Todos	Educación, Salta

**Cuadro 3.** Dimensiones y componentes encontrados en los documentos analizados

Dimensión	Componentes
<b>Biomédica</b>	Ciclo del mosquito, manejo de criaderos, características del mosquito, ciclo de transmisión, síntomas, precauciones especiales para embarazadas, repelentes, cuidados para viajeros, fumigación, desmalezado, uso de mosquiteros, serotipos del virus, diagnóstico, tratamiento, morfología del mosquito, características ecológicas del mosquito, mortalidad, control biológico, ausencia de vacuna, historia biológica de la enfermedad, factores de riesgo, distribución geográfica de la enfermedad, hábitos de higiene.
<b>Social</b>	Difusión, acciones individuales en la comunidad, acciones comunitarias, rol de la escuela, relación del hombre con la naturaleza, modos de producción, factores causales.
<b>Ambiental</b>	Influencia del clima (lluvias y temperatura).



Figura 1. A) Folleto informativo<sup>20</sup>. B) Extracto del cómic "Invasión"<sup>21</sup>

Con mucha menor frecuencia, en algunos materiales encontramos componentes que relacionamos con la dimensión social, como la difusión o el desarrollo de acciones individuales en las comunidades. Éstos, a su vez, también estuvieron vinculados con el componente principal de la dimensión biomédica, al apuntar de manera exclusiva al manejo de criaderos casa por casa. En este sentido, resulta ilustrativo el ejemplo del cómic "Invasión", donde un grupo de niños y niñas se constituyen en agentes de prevención, "Los Dengadores" (Figura 1B), que colaboran "con los agentes municipales en las tareas de descacharrizado<sup>(e)</sup> y tratamiento de recipientes que acumulan agua"<sup>21</sup> (p. 10). De esta manera, aparece la acción para la ayuda de otros miembros de la comunidad y la difusión de medidas de prevención.

<sup>(e)</sup> Descacharrizar es una palabra que suele aparecer en los documentos y la jerga técnica relacionada con el dengue. Significa deshacerse de los cacharros, o sea los objetos inservibles que podrían acumular agua y, por lo tanto, ser criaderos de mosquitos.

En sólo tres materiales identificamos la dimensión ambiental, al mencionar la influencia del clima (lluvias, temperatura) sobre la abundancia de mosquitos y, por lo tanto, sobre el riesgo de transmisión del dengue.

Estas características fueron similares para todos los materiales informativos analizados, tanto las guías y folletos como los spots audiovisuales, radiales, cuaderno con ilustraciones, cómic, serie de tiras de historietas y obra de teatro no se diferenciaron en sus componentes y dimensiones.

A modo de síntesis, en la Figura 2 mostramos gráficamente el *peso relativo* de las dimensiones identificadas en los materiales informativos, a través de nubes de palabras construidas a partir de la frecuencia de aparición de cada componente.

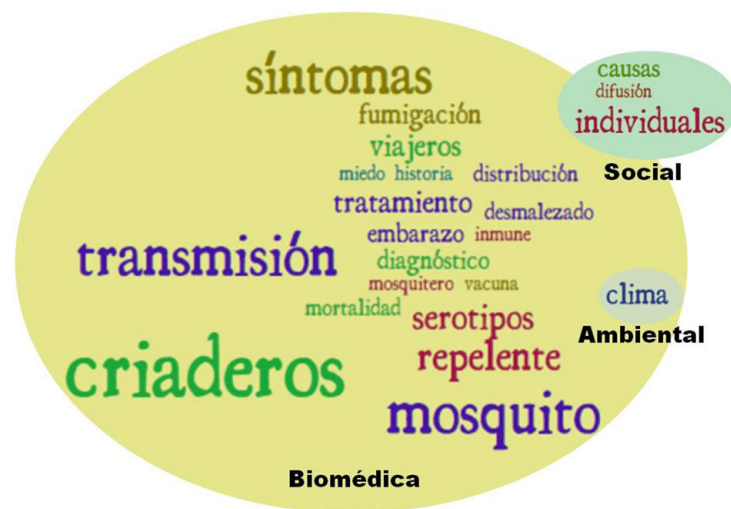


Figura 2. Nube de palabras de los componentes identificados en cada dimensión en los materiales informativos analizados

### Propuestas didácticas

En el caso de las propuestas didácticas, tomamos como unidad de análisis la totalidad de documentos por jurisdicción (Cuadro 2), ya que en algunos casos la información se repetía. Contamos así con cinco unidades de análisis.



En general, los documentos presentaron dos partes diferenciadas: la introducción/fundamentación y la sección de actividades.

En los apartados de introducción o fundamentación de las propuestas, identificamos a la dimensión social como la de mayor presencia. La misma focalizó en la acción individual en la comunidad, la difusión de las medidas de prevención y el rol de la escuela en esta tarea y, en menor medida, en las acciones comunitarias. En un caso, se reconoce la estructura productiva como determinante de la salud:

En el complejo dinámico del contacto del hombre con la naturaleza se encuentran las explicaciones y causas determinantes de los problemas de salud, o sea, en la forma de apropiación de la naturaleza por el hombre y su transformación a través de los modos de producción.<sup>22</sup> (p. 2)

Sin embargo, al analizar las secciones correspondientes a las actividades, encontramos en todas las propuestas (con excepción de una), que la dimensión biomédica fue la de mayor presencia, en forma muy similar a la de los materiales informativos, siendo nuevamente el manejo de criaderos el componente principal. La singularidad la constituyó la propuesta de la provincia de Buenos Aires, que incluyó la dimensión social a través de la consideración -entre otros componentes- de acciones comunitarias, al contemplar grupos organizados, por ejemplo, en relación con instituciones barriales ("sociedades de fomento, centros de atención primaria de la salud, municipio, centros religiosos, clubes, ONGs, etc."<sup>25</sup> (p. 3). La dimensión ambiental prácticamente no estuvo presente, apareciendo sólo como parte de algunas actividades de una de las propuestas. En la Figura 3 sintetizamos gráficamente estos resultados.

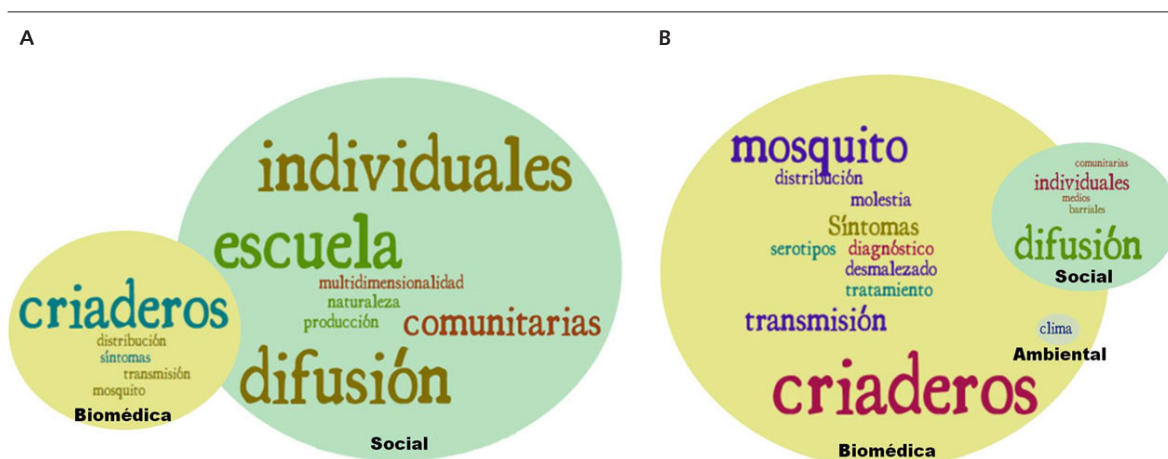


Figura 3. Nubes de palabras de los componentes en cada dimensión identificados en las propuestas didácticas. A: fundamentaciones/introducciones. B: Actividades

### Modelos didácticos

En las introducciones/fundamentaciones de las propuestas didácticas, encontramos ciertos elementos que nos permiten inferir un modelo didáctico subyacente: identificamos fundamentos psicológicos, relacionados con "la construcción personal del conocimiento y con lo que ya se sabe"; el principio de que enseñar ciencias es "mediar en el aprendizaje" y la propuesta de un rol activo para las/os estudiantes<sup>16</sup>.



Para que estos aprendizajes se concreten se acompañan las guías [...] con un conjunto de actividades que los docentes pueden trabajar en las aulas de manera participativa, así el alumno se convierte en el verdadero protagonista de la acción y el constructor de su aprendizaje.<sup>23</sup> (p. 1)

Proponemos elaborar una agenda común, que puede incluir las siguientes acciones: “[...] Diálogo: Indagación de los saberes previos sobre la enfermedad a través de preguntas tales como: ¿Qué sabemos sobre el Dengue? ¿Cómo se transmite? ¿Cómo podemos prevenirlo?”<sup>24</sup> (p. 4).

La recuperación de conocimientos previos de los/as estudiantes, la construcción en clase del saber relacionado con el dengue y la importancia dada a la participación de estudiantes serían indicios del modelo caracterizado por Jiménez Alexandre como *constructivista*<sup>16</sup>.

Sin embargo, al analizar las actividades, el modelo didáctico que inferimos es el de *transmisión-recepción*. La mayoría de las actividades evidencian un fuerte corte memorístico, lo que llevaría a un acercamiento a la idea de que el conocimiento se transmite “ya elaborado”<sup>16</sup>. En este mismo sentido, al docente se le adjudicaría el rol de “transmisor de la información” y a los/as estudiantes el de receptores, como se plantea en el modelo mencionado. En consonancia, los niveles de indagación identificados en las actividades fueron bajos, en su mayoría (60%) de nivel 1 (de confirmación) y, en menor medida (30%), de nivel 2 (estructurada). Ejemplos de estas actividades son: preguntas de respuestas cerradas, crucigramas (Figura 4), sopas de letras e identificación de criaderos en dibujos.

**Crucigrama.**

1- Apellido de un mosquito pariente del *Aedes aegypti* y capaz de transmitir enfermedades como el Dengue.  
2- Principal síntoma del Dengue.  
3- Cuando te infectas por un tipo de virus del Dengue ( hay cuatro) este te deja ..... hacia ese serotipo.

**VERTICALES**

1- Horario que prefiere el mosquito del dengue para picar.  
2- Principal foco de proliferación del *Ae. aegypti* en una ciudad.  
3- País de América donde hubo una epidemia de Dengue 1 a principios del año 2000.  
4- Nombre del último estadio acuático del vector antes de poder volar.  
5- Que se debe hacer con los tanques de agua altos (techo) o bajos que se utilizan para almacenar agua de consumo.  
6- Forma del dibujo que tiene en el tórax el *Ae. aegypti*.  
7- Forma que se presenta la enfermedad del Dengue.  
8- Sinónimo de criadero.  
9- Qué se debe hacer con los plásticos y latas del jardín (verbo).  
10- Estadio acuático que se puede controlar con productos químicos o biológicos (plural).

**ACTIVIDAD 8.-**

**Preguntas y respuestas.**

1- Nombrar la enfermedad que es transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*.  
.....

2- ¿ Todo mosquito *Aedes aegypti* transmite el Dengue ? Sí No

3- ¿ Qué situación debe darse para que el mosquito *Aedes aegypti* sea infectante ?  
.....

4- ¿ En qué sitios suelen reposar los mosquitos *Aedes aegypti* ?  
.....

5- ¿ Qué lugares busca la hembra para colocar huevos ?  
.....

6- Describir el ciclo biológico del mosquito.  
.....

Figura 4. Ejemplos de actividades de nivel de indagación 1 (de confirmación)<sup>22</sup>

Nuevamente, la propuesta de la provincia de Buenos Aires se diferenció del resto, mostrando características cercanas al modelo constructivista en las actividades también, incluso en su forma de presentación: plantea menor cantidad de indicaciones para los/as docentes, dejando aparentemente mayor libertad para la toma de decisiones acerca de la implementación de la propuesta. Asimismo, las actividades fueron más abiertas. Los niveles de indagación que inferimos fueron más altos que en los otros casos, caracterizamos la mayoría como nivel 2 (indagación estructurada, 40%) o como nivel 3 (indagación guiada, 40%), aunque no identificamos actividades de nivel 4 (indagación abierta). En una de las actividades, por ejemplo, se propone que los/as estudiantes “entrevisten a miembros significativos de las instituciones barriales, para que luego planifiquen acciones posibles de llevar a cabo en la escuela y, finalmente, preparen clases abiertas a la comunidad y para los niños más pequeños de la escuela”<sup>25</sup> (p. 3).

### Modelos epidemiológicos

Para inferir los modelos epidemiológicos subyacentes realizamos una lectura de los materiales buscando indicios que nos permitieran reconstruir las explicaciones utilizadas para la ocurrencia del dengue.

“Sin mosquitos no hay dengue” es una frase que aparece como lema en muchos documentos. Leída desde una perspectiva epidemiológica, pareciera indicar un modelo de relación causal entre mosquitos y enfermedad. Consideramos que podría completarse incluyendo al manejo de criaderos dado que, como ya describimos, es el foco principal de los materiales. De esta manera, “sin criaderos no hay mosquitos y sin mosquitos no hay dengue” sería un lema representativo que, a su vez, aparece explícito en algunos casos. Este lema ampliaría el modelo epidemiológico, describiendo una cadena causal en la cual los criaderos determinarían la presencia de mosquitos que, por su parte, determinarían la ocurrencia de la enfermedad.

A su vez, en tres de las guías informativas, se enuncian algunos factores sociales que también aparecen como determinantes causales.

... el proceso creciente de urbanización, con aumento de la densidad poblacional en las grandes ciudades e insuficiente provisión de agua potable y recolección de residuos, genera una mayor posibilidad de desarrollo del vector y por lo tanto de transmisión del virus. Otro de los factores causales de la reemergencia del dengue en las Américas tiene que ver con la gran producción de recipientes descartables, lo que provee abundantes criaderos del vector. [...] Para completar, el aumento de los viajes aéreos y del transporte en general en los últimos 20 años proporciona un mecanismo ideal para el traslado del virus y del vector entre las grandes ciudades.<sup>22</sup> (p. 4)

Algunos de estos factores son presentados como causantes de la existencia y propagación de los criaderos (problemas en la provisión de agua y el manejo de residuos) y otros de la proliferación de la enfermedad (el crecimiento poblacional y el aumento de los viajes, que favorecen la circulación del virus entre regiones).

Por último, encontramos también a los ya mencionados factores climáticos, el aumento de lluvias y temperaturas, como causantes de un aumento en la proliferación de los mosquitos, al generar más criaderos y mejores condiciones para la supervivencia del mosquito, respectivamente.

Sintetizando estos indicios, inferimos para el conjunto de los materiales un modelo epidemiológico *lineal multicausal*<sup>18</sup>, en el que aparecen una serie de factores determinantes relacionados entre sí en forma unidireccional, como elementos dentro de una trama causal, en la que los factores sociales y climáticos no aparecen explícitamente en todos los materiales (Figura 5).

Si bien encontramos algunos elementos que podrían llevarnos a inferir un modelo más complejo (como la estructura productiva mencionada en una cita anterior), los mismos se encontraron muy aislados, por lo que no los consideramos como parte del modelo epidemiológico subyacente general.

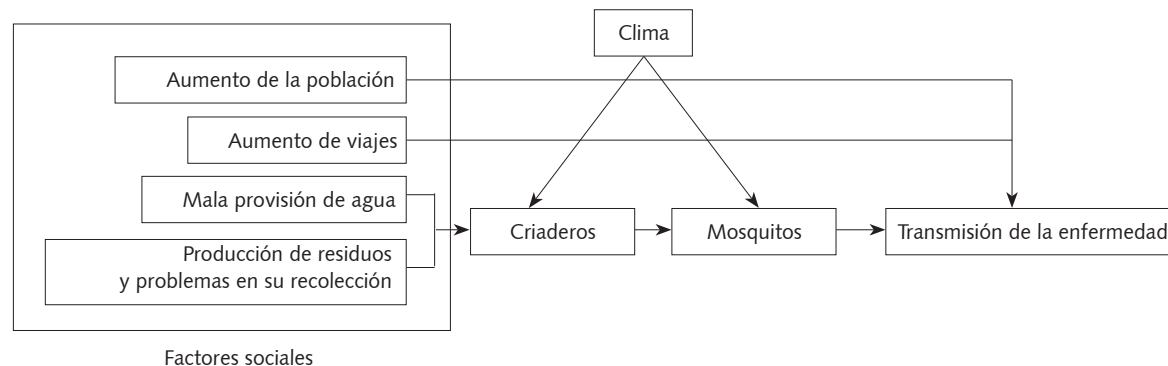


Figura 5. Sistema lineal multicausal de la transmisión del dengue inferido de los materiales analizados

## La participación de la comunidad

Prácticamente todos los materiales mencionaron la importancia de la participación comunitaria para realizar acciones de prevención, a partir de múltiples expresiones o consignas, tales como: “juntos podemos prevenir el dengue”, “trabajando juntos contra el dengue nos beneficiamos todos”.

El *manejo de criaderos* apareció como el principal eje para la participación, a partir de recomendaciones sobre las acciones a seguir dentro de cada domicilio.

Cambie el agua y lave los bordes de los floreros y bebederos de animales; Mantenga limpias, cloradas o vacías las piletas de natación; Elimine el agua de los huecos de árboles, rocas, paredes, pozos, letrinas abandonadas, rellene huecos de tapias y paredes donde pueda juntarse agua de lluvia.<sup>23</sup> (p. 4)

En este sentido, la comunidad fue representada por las y los habitantes de cada domicilio y no parece ser considerada como un grupo mayor. Asimismo, en algunos materiales se identifica a la comunidad como una de las dificultades para la prevención.

Hoy y como una “lección aprendida” se entendió que el dengue básicamente es un problema de saneamiento domiciliario [...] La dificultad recae en encontrar en la comunidad la responsabilidad, capacidad y motivación para realizar las tareas de prevención y de control del dengue.<sup>22</sup> (p. 4)

Así, la comunidad apareció como receptora de información dada por *expertos* y, en el mejor de los casos, ejecutora de las mismas, sin posibilidad de incidir en las decisiones. Estas características se vincularían con la noción de *pseudoparticipación* de Ussher, puesto que se pretendería “que las personas tomen parte en decisiones ya tomadas”<sup>19</sup> (p. 167).

## Discusión

De acuerdo a nuestro análisis, la perspectiva dominante en los materiales relevados tuvo una fuerte impronta biomédica (en consonancia con los antecedentes encontrados<sup>10-12</sup>), con un modelo epidemiológico subyacente del tipo *lineal multicausal*. El eje principal de las medidas de prevención

fue el “manejo de criaderos”, es decir la realización de acciones para reducir los recipientes domésticos en los que se puede criar el mosquito *Ae. aegypti*. Para ello, la participación de la comunidad parece ser central. Sin embargo, la modalidad de participación inferida fue muy débil, la comunidad se consideraría como ejecutora de las recomendaciones de los expertos, apelando a la responsabilidad individual (*pseudoparticipación*).

Haciendo foco en las propuestas didácticas, encontramos, en la mayoría de los casos, contrastes entre las introducciones/fundamentaciones y las actividades. Mientras que todas las introducciones evidenciarían una mirada *constructivista* rica en la dimensión social, en las actividades primó un modelo de *transmisión-recepción* desde una perspectiva predominantemente biomédica. Sólo una propuesta fue coherente entre fundamentación y actividades, otorgando importancia a la dimensión social y al enfoque constructivista en ambas secciones.

De acuerdo con Breilh<sup>18</sup>, se pueden realizar múltiples críticas a la perspectiva dominante que encontramos, dado que “la salud no obedece a un orden exclusivamente individual, sino que es un proceso complejo, socialmente determinado”. El mismo autor afirma que “no importa cuánto se sofisticue, el sistema causal sigue siendo lineal y reduccionista”, por lo que no permitiría entender los procesos relacionados con la salud dado que la formación de una red de causas no puede expresar la complejidad y el movimiento propios de este tipo de procesos. En este marco, lo social se presenta sólo como algo cosificado, inmutable, siendo generalmente un primer factor causal dentro de la cadena unidireccional de determinantes. En este sentido, el énfasis en los materiales apareció fundamentalmente en modificar el factor criaderos y, en menor medida, el factor mosquitos directamente pero no los factores sociales. Así, se desconocerían dimensiones vinculadas con los derechos y las políticas públicas, relevantes más allá de la problemática concreta del dengue, tal como el acceso a un servicio de agua de calidad.

Estas características inferidas se asemejan a la perspectiva presentada en los años 1990 por Gubler, de gran influencia en la comunidad científica epidemiológica. La misma se fundamenta en dos pilares<sup>26</sup>: por un lado, explicar el aumento de la incidencia del dengue a partir de algunos factores sociales (la falta de control vectorial efectivo; el crecimiento y mala planificación en la urbanización y el aumento en los viajes aéreos) que generan un aumento en la cantidad de criaderos, mosquitos y la transmisión de la enfermedad, en forma semejante al modelo que inferimos en la Figura 5. Por otro, proponer la participación de la comunidad como eje para la prevención, focalizando en las acciones individuales. Según esta perspectiva, “el único abordaje a largo plazo y costo-efectivo para el control del mosquito es convencer a las personas [...] a ayudar al gobierno”<sup>26</sup> (p. 576). A su vez, responsabiliza a las personas señalándolas como quienes “involuntariamente crean el problema”<sup>26</sup> (p. 576). De esta manera, presenta una imagen que, en la práctica, estigmatiza a los sectores más desfavorecidos, basándose exclusivamente en argumentos económicos (costo-efectividad). Retomando a Ussher<sup>19</sup>, la pseudoparticipación identificada en los materiales analizados podría ser descripta como “participación como mano de obra barata”:

... se busca involucrar a las comunidades para abaratar costos en los programas de desarrollo comunitario o atención primaria de la salud. En este último caso la participación es un auxiliar de la acción médica [...] o de los dispositivos técnico-políticos que desde un paradigma neoliberal buscan “reducir los costos de prestación de servicios a través del <cost-sharing>, cuya prioridad y magnitud ya está definida por razones técnicas y políticas.<sup>19</sup> (p. 167)

Finalmente, un aspecto ausente en los materiales fue la contextualización de los mismos en las realidades locales o regionales. Aún cuando fueron generados en distintas jurisdicciones con realidades, usos y costumbres diferentes, no evidenciaron esa diversidad. De acuerdo con Asiss et al.<sup>12</sup>, esta carencia operaría en desmedro de los materiales ya que

... para que estos instrumentos tengan su carácter potenciado es imprescindible que refieran al contexto de las comunidades que los utilicen y que se tome en cuentas las peculiaridades culturales de cada localidad.<sup>12</sup> (p. 46)

## Consideraciones finales

Identificamos en los resultados inferidos algunos supuestos que vinculamos con el denominado *Modelo Médico Hegemónico*<sup>27</sup>. Este modelo comprende

... el conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.<sup>27</sup> (p. 1)

Muchas de sus características como el "biologismo", el "individualismo", la "ahistoricidad", pueden relacionarse con la perspectiva que denominamos biomédica así como la "asimetría", el "autoritarismo" y la "participación subordinada y pasiva"<sup>27</sup> pueden vincularse con la pseudoparticipación que inferimos de los materiales analizados.

De esta manera, consideramos necesario desarrollar nuevos abordajes para el dengue que apunten a problematizar esta mirada, observando que está relacionada con una perspectiva de salud más general.

Esperamos que estas reflexiones puedan constituirse en un insumo tanto a futuras investigaciones como a la construcción de nuevos materiales y/o experiencias educativas<sup>(f)</sup>. En ese sentido, las conclusiones obtenidas apuntan a la necesidad de desarrollar enfoques, actividades y materiales contextualizados que consideren a la comunidad en forma activa; propongan una mirada compleja y multidimensional de la problemática, en la que se enriquezcan las dimensiones sociales y ambientales y se incorporen aquellas no presentes hasta el momento; logren mayor coherencia entre las fundamentaciones teóricas y las actividades propuestas, buscando niveles mayores de involucramiento de los/as estudiantes.

<sup>(f)</sup> A modo de ejemplo, puede consultarse una cartilla informativa que hemos elaborado y utilizado en procesos de formación docente<sup>28</sup>.

## Colaboradores

Fernando Garelli participó activamente en la discusión de resultados y redacción del manuscrito. Mariana Sanmartino participó de la revisión y aprobación de la versión final del trabajo. Ana Dumrauf participó activamente en la discusión de resultados y redacción del manuscrito.

## Referencias

1. World Health Organization. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control. Ginebra: World Health Organization; 2009.
2. Kyle JL, Harris E. Global spread and persistence of dengue. *Annu Rev Microb.* 2008; 62:71-92.
3. Bernardini Zambrini DA. Lecciones desatendidas entorno de la epidemia de dengue en Argentina, 2009. *Rev Saude Publica.* 2011; 45(2):428-31.

4. Seijo A. Dengue 2009: cronología de una epidemia. Arch Arg Pediatr. 2009; 107(5):387-9.
5. Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005; 365:1099-104.
6. Arellano OL, Escudero JC, Moreno LDC. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales sobre la Salud. Med Soc. 2008; 3(4):323-35.
7. Brown VA, Harris J, Russell J. Tackling wicked problems: through the transdisciplinary imagination. Londres: Earthscan; 2010.
8. Sanmartino M, Menegaz A, Mordeglia C, Mengascini AS, Amieva C, Ceccarelli S, et al. La problemática del Chagas en 4D: representaciones de docentes de nivel inicial y primario de La Plata. In: Actas de las III Jornadas de Enseñanza e Investigación Educativa en el campo de las Ciencias Exactas y Naturales; 2012. La Plata; 2012. p. 723-38.
9. Garelli FM, Sanmartino M. ¿Por qué existe riesgo de transmisión de dengue en el barrio 1º de Mayo de la ciudad de Clorinda (Formosa, Argentina)? Buscando respuestas en la multidimensionalidad. Rev Salud Publica. 2013; 17(4):74-81.
10. Assis SS, Pimenta DN, Schall VT. A dengue nos livros didáticos de ciências e biologia indicados pelo Programa Nacional do Livro Didático. Cienc Educ. 2013; 19(3):633-56.
11. Uber GS. Análise dos conteúdos didáticos sobre a dengue e o mosquito aedes aegypti nos livros de ciências e biologia. Acervo Iniciaç Cient. 2014; 5(1):588-606.
12. Assis SS, Pimenta DN, Schall VT. Materiais impressos sobre dengue: análise crítica e opiniões de profissionais de Saúde e Educação sobre seu Uso. Rev Bras Pesqui Educ Cienc. 2014; 13(3):25-51.
13. Bardin L. Análisis de contenido. 2a ed. Madrid: Akal; 1977.
14. Garelli F, Mengascini A, Cordero S, Dumrauf A. Representaciones sobre Salud de docentes en ejercicio del nivel inicial. En: Actas 26º Encuentros de Didáctica de las Ciencias Experimentales. Investigación y transferencia para una educación en ciencias: un reto emocionante. Huelva, España; 2014 [acceso 17 Ago 2015]. Huelva; 2014. p. 327-34. Disponible em: <http://www.uhu.es/26edce/actas>
15. McNaught C, Lam P. Using Wordle as a supplementary research tool. Qual Rep. 2010; 15(3):630-43.
16. Aleixandre MPJ. Modelos didáticos. In: Perales Palacios FJ, Cañal de León P, organizadores. Didáctica de las Ciencias Experimentales: teoría y práctica de la Enseñanza de las Ciencias. Alcoy: Marfil; 2000. p. 165-86.
17. Banchi H, Bell R. The many levels of inquiry. Sci Children. 2008; 46(2):26.
18. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva): Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica. Rev Fac Nac Salud Publica. 2013; 31(1):13-27.
19. Ussher M. Complejidad de los procesos de participación comunitaria. In: XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur; 2008; Buenos Aires. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2008.
20. Ministerio de Salud de La Pampa. Este mosquito está en La Pampa [Internet] [acceso 17 Ago 2015]. Disponible em: <http://www.salud.lapampa.gov.ar/prevenir/FolletoDengue.jpg>
21. Ministerio de Salud de la Nación. Invasión [Internet] [acceso 17 Ago 2015]. Disponible em: [http://www.msal.gov.ar/dengue/images/stories/recursos-de-comunicacion/recursos-graficos/comic\\_invasion.pdf](http://www.msal.gov.ar/dengue/images/stories/recursos-de-comunicacion/recursos-graficos/comic_invasion.pdf)



22. Ministerio de Educación de Salta. Dengue prevención y control: guía de docentes para trabajar en las escuelas [Internet] [acesso 2015 Ago 17]. Disponível em: <http://www.edusalta.gov.ar/index.php/2014-05-09-13-50-01/2014-05-09-16-15-26/dengue/492-dengue-prevencion-y-control-guia-de-docentes-1/file>
23. Ministerio de Salud de Mendoza. Dengue, actividades de apoyo [Internet] [acesso 17 Ago 2015]. Disponível em: [http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/09/dengue\\_aula.pdf](http://salud.mendoza.gov.ar/wp-content/uploads/sites/16/2014/09/dengue_aula.pdf)
24. Ministerio de Educación de Córdoba. Sin mosquitos no hay dengue [Internet] [acesso 17 Ago 2015]. Disponível em: [http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2013/03/edu\\_DENGUE\\_primaria.doc](http://www.cba.gov.ar/wp-content/4p96humuzp/2013/03/edu_DENGUE_primaria.doc)
25. Dirección General de Cultura y Educación de la Provincia de Buenos Aires: campaña escolar contra el dengue [Internet] [accedido 17 Ago 2015]. Disponível em: <http://servicios2.abc.gov.ar/comunidadycultura/dengue/destacadodengueprimaria/campaniaescolarcontraeldengue.pdf>
26. Gubler DJ. Aedes aegypti and Aedes aegypti-borne disease control in the 1990s: top down or bottom up. *Am J Trop Med Hyg.* 1989; 40(6):571-8.
27. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico y atención primaria: segundas jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 1988.
28. Grupo de Didáctica de las Ciencias. Dengue, Chikungunya, Zica: ¿Qué son y qué podemos hacer al respecto? [Internet] [acesso 23 Maio 2016]. Disponível em: <http://iflysis.unlp.edu.ar/dengue-chikungunya-y-zica-que-son-y-que-podemos-hacer-al-respecto-un-aporte-para-su-abordaje-educativo/>

Garelli F, Sanmartino M, Dumrauf A. Análise de materiais didáticos e informativos sobre dengue na Argentina. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(60):35-49.

Apresentamos uma análise de materiais didáticos e informativos sobre dengue produzidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação da Argentina. Realizamos uma Análise de Conteúdo indagando sobre dimensões da saúde, modelos didáticos, modelos epidemiológicos e conceitos de participação. Nós inferimos que a perspectiva dominante foi biomédica a partir de um modelo linear multi-causal. O foco principal foi ações de “redução de criadouros” para diminuir recipientes com água para uso doméstico, onde o *Aedes aegypti* cria-se. Não obstante a centralidade da participação, o conceito subjacente foi pseudoparticipação (a comunidade como destinatária de recomendações, sem influência nas decisões). Finalmente, apesar de identificar intenções construtivistas nas introduções dos materiais didáticos, caracterizamos um modelo de transmissão–recepção nas atividades.

*Palavras-chave:* Dengue. Educação em Saúde. Análise de materiais didáticos.

Submetido em 06/01/16. Aprovado em 18/04/16.



# Percepções dos profissionais de uma rede intersetorial sobre o atendimento a mulheres em situação de violência

Elisabeth Meloni Vieira<sup>(a)</sup>  
Mariana Hasse<sup>(b)</sup>

Vieira EM, Hasse M. Perceptions of professionals in an intersectorial network about the assistance of women in situation of violence. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):51-62.

The study aimed to know how the professionals working with the assistance of women in violent situation in an intersectorial network perceive the assistance. Thirty interviews were carried out with professionals of the health sector, social work, public security and legal system located in a mid-sized city of Sao Paulo State, Brazil. Using thematic analysis the results were classified in five categories: How women who suffer violence are perceived? Prejudices of the professionals. How the professionals perceive the assistance they provide? Emotions and feelings of the professional during the assistance. Barriers and progress related to the assistance. There are fragmented and stereotyped perceptions and the need to improve the existing structures, to prepare and to care of the professionals in order to humanize the assistance. To create special services and to invest in prevention is fundamental since there is a huge distance between the public policy proposals and the reality.

**Key words:** Violence against women. Policies for tackling violence. Work process. Humanization of assistance.

Objetivou-se conhecer como profissionais envolvidos com atenção às mulheres em situação de violência em uma rede intersetorial percebem os atendimentos que fazem. Foram realizadas trinta entrevistas com profissionais de serviços dos setores de saúde, assistência social (AS), segurança pública (SP) e judiciário de uma cidade de porte médio do Estado de São Paulo, Brasil. Pela análise temática os resultados foram sistematizados em cinco categorias: Como são percebidas as mulheres que sofrem violência? Preconceitos dos profissionais. Como os profissionais percebem o atendimento realizado? Emoções e sentimentos dos profissionais no atendimento. Barreiras e avanços em relação ao atendimento. Há percepções fragmentadas e estereotipadas e necessidade de aprimorar a infraestrutura existente, preparar e amparar os profissionais para humanizar os atendimentos. Criar serviços específicos e investir em prevenção é fundamental, pois existe um descompasso entre intenção política de enfrentamento à violência e realidade estudada.

**Palavras chave:** Violência contra mulheres. Políticas de enfrentamento à violência. Processo de trabalho. Humanização da atenção.

<sup>(a)</sup> Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14048-900. bmeloni@fmrp.usp.br

<sup>(b)</sup> Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem, USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. mhasse@usp.br

## Introdução

Embora a violência de gênero seja um fenômeno antigo, só recentemente passou a ser enfrentada com elaboração conceitual e metodológica própria assim como com o desenvolvimento de políticas públicas específicas. Ao final dos anos de 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) assumiu em vários documentos que a violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública devido a sua grande prevalência e consequências danosas à saúde. Desde então, diversos estudos - nacionais e internacionais - têm sido desenvolvidos, com um aumento significativo de conhecimentos gerados sobre o tema. Nesse rol estão presentes estudos sobre a prevalência do fenômeno da violência contra mulheres em diversos países e regiões do Brasil, sobre suas consequências e fatores associados à sua ocorrência, ou ainda, sobre a produção do cuidado às mulheres em situação de violência – tema ao qual se refere este trabalho.

A compreensão de que esse fenômeno não é natural e nem um assunto privado exige dos formuladores de políticas públicas um esforço para preparar os serviços para tratar a violência como um agravo de natureza social que produz diversas consequências. Com o intuito de combatê-las, foram tomadas diversas medidas nos últimos anos<sup>1,2</sup>.

Em 1995 o Brasil ratificou a Convenção de Belém do Pará que reconhece e dá visibilidade aos direitos de meninas e mulheres de viverem sem violência. A convenção define violência contra a mulher como “[...] qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública quanto na privada” e estabelece a toda mulher o direito de viver livre de violência<sup>3</sup> (p. 2).

Para dar cumprimento a tal convenção, em 2006, foi sancionada a Lei nº 11.340 (Lei Maria da Penha) que tipifica a violência doméstica como uma forma de violação dos direitos humanos, oferece penas mais duras aos agressores e maior proteção judicial e policial às mulheres vítimas de violência<sup>4</sup>.

Embora esta lei tenha sido sancionada apenas em 2006, outras medidas já haviam sido tomadas anteriormente como em 2003, quando o Ministério da Saúde, em parceria com diversos setores da sociedade, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), publicada em 2004. Um dos objetivos foi incorporar entre seus temas prioritários a promoção da atenção para mulheres em situação de violência, organizando redes integradas de proteção, articulando ações de prevenção de agravos e promovendo o empoderamento feminino<sup>5</sup>.

Neste mesmo ano (2003), foi criada a Secretaria de Política Para Mulheres (SPM), com a tarefa de promover igualdade entre homens e mulheres combatendo todas as formas de preconceito e discriminação. O enfrentamento à violência contra as mulheres é uma das três linhas de ação da SPM que, desde sua criação, lançou diversas publicações que discutem, pactuam e orientam sobre o tema, sempre com a perspectiva das desigualdades de gênero e garantia de atenção integrada e humanizada para mulheres em situação de violência<sup>6</sup>.

Uma das publicações da SPM, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, apresenta a articulação de serviços em redes intersetoriais como a estratégia prioritária para lidar com o problema da violência<sup>7</sup>, proposta que tem se mostrado relevante e desafiadora.

Há, portanto, numerosos tratados e documentos que traçam medidas para o combate a violência contra a mulher no país. Sua efetivação depende do trabalho de diversos atores nos âmbitos do governo e da sociedade, da inserção de conhecimentos específicos e novas tecnologias tanto na saúde quanto em outros setores, governamentais e não governamentais. Apesar desses avanços e esforços, o cuidado oferecido à mulher em situação de violência ainda é reportado como precário e insatisfatório<sup>8,9</sup>.

Grande parte dos estudos sobre redes intersetoriais e violência contra mulheres visa conhecer as práticas desenvolvidas pelos serviços e entender como estes se articulam. Enfoca-se a qualidade da assistência, sua capacidade de responder às demandas das mulheres e a possibilidade de articulação existente. Estudos avaliam existir um despreparo dos profissionais para trabalhar tanto com o tema da violência, quanto em uma perspectiva intersetorial o que faria perdurar um histórico de práticas

preconceituosas e discriminatórias - principalmente nos setores de justiça e segurança pública – que reforçam estereótipos tradicionais de gênero e dificultam a oferta efetiva de cuidados<sup>10,11</sup>. Meneghel et al.<sup>12</sup> afirmam que, como a maior parte dos serviços não trabalha em uma perspectiva de gênero, acabam por reiterar práticas pouco emancipatórias, prescritivas e normatizadoras que reforçam a manutenção das relações abusivas. Em muitos serviços, a escuta é focada apenas na queixa, gerando a chamada invisibilidade da violência. Isso inibe tanto o acolhimento integral quanto a realização de encaminhamentos responsáveis e efetivos, revelando um descompasso entre a demanda das mulheres e a oferta de cuidados<sup>10-16</sup>. A descontinuidade nas políticas públicas reforçaria a fragmentação e despreparo dos envolvidos na produção do cuidado, segundo Schraiber et al.<sup>9</sup>. Haveria muitos encaminhamentos setoriais e para serviços especializados, caracterizando uma 'desobrigação' dos serviços gerais de prepararem-se para atender situações de violência. Isso seria reforçado pelos processos gerenciais pouco comunicativos e que não encorajam a autonomia dos seus profissionais<sup>9</sup>.

Desenvolvemos este estudo com o objetivo de conhecer como os profissionais envolvidos com atenção às mulheres em situação de violência em uma rede intersectorial municipal percebem os atendimentos que fazem. Acreditamos que as informações aqui analisadas possam contribuir para melhorar o atendimento às mulheres em situação de violência.

Este artigo apresenta a resposta dos profissionais dos setores de saúde, assistência social, judiciário e segurança pública às questões: *Como são percebidas as mulheres que sofrem violência? E como os profissionais percebem o atendimento realizado?*, incluindo na análise dados sobre os preconceitos, emoções e sentimentos desses profissionais e as barreiras e avanços em relação ao atendimento.

## Método

A pesquisa foi desenvolvida em uma cidade de porte médio do Estado de São Paulo e, para isso, foram mapeados todos os serviços de diferentes setores que prestam assistência a mulheres em situação de violência, assim como seus profissionais. Para cada setor os profissionais foram selecionados por suas diferentes funções visando maior diversidade. O critério de saturação foi utilizado para finalizar a coleta dos dados. Foram realizadas trinta entrevistas com profissionais e gestores de serviços dos setores de saúde (oito entrevistas), assistência social (oito entrevistas), judiciário (dez entrevistas) e segurança pública (quatro entrevistas). Nas entrevistas com os profissionais de saúde foram incluídos médicos e psicólogas de serviços de saúde mental e assistentes sociais de Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS). Também foram entrevistadas psicólogas e assistentes sociais de um serviço especializado no atendimento a situações de violência. As entrevistas com os profissionais do setor da assistência social incluíram advogados, assistentes sociais e psicólogas de um serviço especializado em violação de direitos e de um serviço para a articulação de políticas públicas e atendimento a mulheres. Do setor judiciário foram incluídos juízes, defensores e promotores públicos e psicólogas, e do setor da segurança pública, delegados, escrivães, investigadores de polícia e policiais militares. As entrevistas ocorreram entre julho de 2013 e julho de 2014, e foram realizadas nos locais de trabalho dos participantes, que consentiram em participar assinando ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde<sup>17</sup>. Não houve recusas de participação na pesquisa.

Os dados foram transcritos na íntegra e a análise temática utilizada para as seguintes categorias: 1) 'Como são percebidas as mulheres que sofrem violência?'; 2) 'Preconceitos dos profissionais'; 3) 'Como os profissionais percebem o atendimento realizado?'; 4) 'Emoções e sentimentos dos profissionais no atendimento'; e 5) 'Barreiras e avanços em relação ao atendimento'. As categorias 1 e 3 foram classificadas nos quatro setores estudados, enquanto as outras três discutem as percepções de forma mais geral. As categorias 3 e 5 foram definidas a priori enquanto as restantes são categorias emergentes.

## Resultados e discussão

### Como são percebidas as mulheres que sofrem violência?

#### Saúde

A percepção dos profissionais desse setor sobre as mulheres que sofrem violência inclui as seguintes descrições: são pessoas fragilizadas, prejudicadas, que vivem à mercê do companheiro, tem personalidade neurótica e depressão, com alto nível de vulnerabilidade e de risco. São mulheres angustiadas, em sofrimento, que choram muito e estão desequilibradas. Estudos apontam que a violência afeta a saúde e o bem-estar dos envolvidos. Isso faz com que as mulheres em situação de violência sejam usuárias contumazes dos serviços de saúde<sup>2</sup>.

#### Assistência social

Os profissionais do setor de assistência social descrevem as mulheres em situação de violência como pessoas que chegam aos serviços com grande vulnerabilidade e fragilidade emocional, muito medo e dificuldade em estabelecer vínculos e relações de confiança. Os entrevistados acreditam que esse medo é consequência da impunidade dos autores da violência o que levaria a um sentimento de desproteção nas mulheres. Referem que a vulnerabilidade delas também é econômica e que muitas mulheres são autoras de violência contra crianças, seus filhos.

#### Judiciário

Há diferentes percepções sobre as mulheres que buscam pelo setor entre os profissionais. Segundo alguns, há aquelas que vivem situações crônicas de violência e somente procuram seriamente por ajuda no judiciário quando seus filhos são ameaçados. Já outros se referem a mulheres que apenas querem o divórcio e não processar o companheiro pela violência, por acreditarem que isso poderia prejudicar seus filhos.

#### Segurança Pública

Segundo tais profissionais, a maior parte das mulheres que procura por atendimento nos serviços é casada, tem filhos, depende financeiramente do companheiro e, a maioria pertence às classes C, D ou E. Tais percepções correspondem aos dados encontrados em pesquisa sobre fatores associados à violência realizada com mulheres usuárias do SUS no mesmo município, que encontrou maior prevalência de violência em mulheres casadas ou em união estável (66,5%), com companheiros chefes de família (58,2%) e das classes C, D ou E (69,1%)<sup>18</sup>.

Além disso, referem que muitas mulheres são mal informadas sobre o funcionamento de uma delegacia de polícia e sobre a função de um Boletim de Ocorrência (BO). Em pesquisa desenvolvida em outro município, profissionais também concordam que as mulheres desconhecem os serviços prestados pela segurança pública, especialmente pela Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), assim como os procedimentos para formalizar queixas<sup>19</sup>.

#### Preconceitos dos profissionais

Alguns profissionais relacionam violência e pobreza, percepção encontrada em estudo semelhante<sup>19</sup>. Porém, segundo outros estudos, em países não desenvolvidos a violência de gênero está associada à pobreza, mas em países emergentes, mulheres que ascendem social e economicamente estão mais expostas à violência por violarem normas de gênero. Assim, mulheres com maior autonomia social e econômica estão mais expostas à violência em determinados países e regiões do país Brasil<sup>8,18,20</sup>.



Entrevistados também referem haver relação entre violência e uso de álcool e outras drogas, associação que é discutida em diversas pesquisas que afirmam que a violência pode estar associada ao uso do álcool e drogas por um ou ambos os parceiros e não apenas pelo homem<sup>8,18,20</sup>. No caso das mulheres, o uso de substâncias muitas vezes inclusive, pode ser consequência da violência e não a sua causa<sup>18</sup>. Porém, ao contrário dos homens que tem seu comportamento agressivo explicado pelo uso de substâncias, as mulheres que usam álcool e outras drogas são responsabilizadas pela violência vivida.

Existe no discurso de alguns profissionais do judiciário uma generalização de casos como aqueles em que as mulheres são autoras de violência contra homens, situações que são, na verdade, excepcionais. Segundo o Mapa da Violência<sup>21</sup>, nas situações de violência contra mulheres, 43,1% dos agressores são os parceiros ou ex-parceiros. Já em situações de violência contra homens, as parceiras são as autoras apenas em 15% dos casos, sendo os amigos e colegas destaque como fonte de conflitos (27,1%). Há também outras ideias, como a percepção do uso do setor para benefício próprio por meio de mentiras e motivadas por vingança. Isso, segundo os entrevistados, os preocupa, pois gera consequências gravíssimas, tanto para os acusados quanto para as próprias mulheres, que podem ser processadas por dar falsas declarações.

No setor de segurança pública, alguns profissionais responsabilizam as mulheres pelo mau andamento do serviço. Afirmam que, como muitas mulheres que procuram o serviço não sabem se querem efetivamente processar o agressor, eles acabam sobrecarregados, pois não conseguem cuidar dos casos que precisam de ajuda efetiva. Parece haver um *estranhamento*, ou seja, uma falta de reconhecimento de que as mulheres que procuram pelo serviço são aquelas que o serviço deveria atender. Esse discurso promove uma culpabilização da mulher que também foi encontrado em outro estudo que afirma que atendimentos insatisfatórios em delegacias da mulher e violência institucional não são realidade apenas em países de terceiro mundo<sup>22</sup>. Segundo Hague et al.<sup>23</sup> há relatos de escuta insuficiente, descrédito e pouca proteção mesmo em serviços de países como do Reino Unido. Ainda assim, a polícia ainda é um dos recursos mais utilizados pelas mulheres que buscam por ajuda<sup>23</sup>.

## Como os profissionais percebem o atendimento realizado?

### Saúde

No serviço especializado em situações de violência, a maioria dos atendimentos realizados é para as crianças e os adolescentes, já que priorizam os casos de maior vulnerabilidade e comprometimento. Em decorrência da gravidade de algumas situações, às vezes é necessário abrigar as vítimas ou fazer uma internação social para afastá-las do autor da violência.

Em relação à visibilidade dos casos, os profissionais que atuam em serviços não especializados relatam que há poucas queixas, as pacientes não falam claramente sobre o problema e há dificuldades de revelação. Eles afirmam que as situações de violência são sutis e que apenas os casos mais graves aparecem, principalmente quando há lesões corporais.

Pesquisas realizadas com usuárias de serviços de saúde apontam prevalência de 34,5 a 40,3% de violência física uma vez na vida<sup>18,24</sup>, números maiores do que os encontrados em estudo com a população em geral, que apontou prevalência de 27,2% de violência física uma vez na vida em São Paulo<sup>20</sup>, o que confirma a presença dessas mulheres nos serviços de saúde. Devido a isso, pesquisas nacionais e internacionais de políticas públicas para o enfrentamento à violência afirmam que seu reconhecimento é um pré-requisito para o cuidado adequado ser oferecido e, para isso, os profissionais devem estar preparados para perguntar sobre a violência quando identificarem sintomas físicos e emocionais que possam ser associados a ela<sup>2,25-27</sup>. Segundo tais autores, entretanto, as mulheres estão mais disponíveis para falar sobre o tema do que os profissionais para perguntar, o que faz com que muitos casos sejam descobertos ao acaso, durante avaliações de quadros depressivos e situações de uso repetitivo dos serviços<sup>26</sup>.

Para os profissionais dos serviços especializados essa invisibilidade tem diferentes motivos. Para alguns, ela é decorrente do despreparo dos profissionais que, por não saberem o quê fazer com os

casos, não os investigam. Para outros, a causa seria a insensibilidade e o pouco comprometimento deles que acabam “fingindo não ver a violência”. Para alguns autores, a racionalidade biomédica, ainda hegemônica nas práticas e no trabalho em saúde, tem se mostrado um obstáculo para a abordagem de temas sociais como a violência<sup>8,27</sup>.

Alguns entrevistados afirmam que também pode haver negação da violência por profissionais que tenham sofrido ou sofram situações de violência em suas vidas pessoais, o que dificultaria o cuidado do outro. Pesquisa sobre a prevalência de violência entre enfermeiras encontrou taxas maiores do que na população em geral<sup>28</sup>.

### **Assistência social**

Os profissionais do serviço especializado em violação de direitos, por atenderem muitas situações de violência contra crianças e adolescentes, afirmam que, nesses casos existem grandes chances de também haver violência contra a mulher/mãe.

Há também aquelas que chegam ao serviço com outras queixas e demandas que não a violência, como pedidos de passes e cestas básicas.

Já no serviço específico para mulheres, existe excepcionalmente um trabalho de busca ativa pelas mulheres em situação de violência. Para seu desenvolvimento, foi firmado um convênio com o setor de segurança pública, que repassa mensalmente o contato de mulheres atendidas pela polícia, que são contatadas e informadas pelo telefone sobre a existência e funcionamento do serviço e orientadas sobre seus direitos. As situações atendidas, prioritariamente, são as de violência perpetrada por parceiro íntimo e muitas mulheres precisam solicitar medidas protetivas ou abrigo para ficar em segurança.

Os entrevistados do setor possuem uma visão particular sobre a violência, como se esta tivesse um conceito único e não houvesse naturezas ou determinantes diferentes, o que os faz entender a violência que acomete crianças, mulheres, idosos, e até a violência urbana, de forma semelhante.

Os profissionais entrevistados entendem que seu principal objeto de intervenção é a família, percepção coerente com a natureza da assistência social. Por isso, nos casos de violência contra a mulher utilizam o conceito de violência doméstica e intrafamiliar em que não é possível definir quem é vítima e quem é autor da violência<sup>29</sup>.

Apesar disso, os profissionais do setor possuem uma visão ampla da necessidade integral da mulher em ser assistida por diferentes serviços e setores, e da importância da intersetorialidade e articulação em rede. Por isso, realizam encaminhamentos responsáveis e procuram acompanhar o percurso das mulheres em busca de cuidado.

Em relação ao atendimento realizado por outros setores e serviços há elogios e críticas. Na saúde, o serviço especializado no atendimento à violência é uma referência reconhecida pelo setor, por cuidar de forma humanizada e integral dos casos que recebem. Há, porém, muitas críticas aos serviços de saúde mental devido à dificuldade de acesso a vagas e à existência de poucas ações preventivas pelos serviços gerais. Em relação à segurança pública e ao setor judiciário, apesar de reconhecerem o esforço que vem sendo empreendido para a melhoria dos serviços, criticam a baixa efetividade das medidas de proteção oferecidas às mulheres.

### **Judiciário**

Os entrevistados dizem atender a mulheres em diferentes situações de violência, mas entendem que os casos que chegam ao judiciário, geralmente são graves. Acreditam que, devido à desinformação quanto ao papel do judiciário, existem mulheres que chegam aos serviços buscando outras soluções para seus problemas conjugais e afetivos.

Para melhorar o atendimento oferecido veem a necessidade da criação de um Juizado Especializado em Violência Doméstica e Familiar Contra Mulheres, recurso recomendado pela Lei 11.340/2006<sup>4</sup>. Segundo eles, além de acelerar o andamento dos processos, tal instituição faria com que houvesse

maior uniformidade no cuidado dos casos, já que prevê uma equipe específica e especializada para lidar com as questões cíveis e criminais decorrentes da violência.

Segundo Pasinato<sup>30</sup>, a articulação dos três eixos de atuação da Lei Maria da Penha -, a saber, de medidas criminais, de proteção e de prevenção e educação -, depende de certa forma da criação dos juizados, que devem organizar para que sejam efetivadas. Porém, a autora afirma que não se trata apenas de um problema estrutural, já que os juizados apenas serão importantes se contar com profissionais comprometidos com a Lei e disponíveis para o diálogo em rede<sup>30</sup>.

Os entrevistados também acreditam ser importante a criação de serviços de reeducação para autores de violência, igualmente previsto pela Lei Maria da Penha, dispositivo fundamental para cessar a violência. Há autores que afirmam que a reeducação dos homens autores de violência e a construção de novas masculinidades a partir do conceito de gênero e de uma abordagem responsável são fundamentais para evitar a reincidência<sup>31</sup>.

Há preocupação dos profissionais do setor com a humanização do atendimento dentro do próprio setor e esforços em relação a divulgar informações sobre a Lei Maria da Penha e os direitos das mulheres entre profissionais de outras áreas.

Em relação ao atendimento de outros setores, se referem aos serviços de segurança pública e assistência social, com quem tem maior contato, avaliando de forma positiva a atuação de ambos. Apenas se referem ao fato de que há muitos registros de ocorrências, mas poucas representações dos casos pelas próprias mulheres, o que gera algumas dificuldades, compartilhadas com o setor de segurança pública, já que esses casos, segundo afirmam, acabam resultando em processos arquivados ou em absolvição, pois não têm provas suficientes.

### Segurança Pública

A maioria dos casos atendidos pelos profissionais da segurança pública é de violência contra mulheres, embora haja alguns casos de violência contra crianças, que os mobilizam fortemente. Baseados nos laudos do Instituto Médico Legal (IML), afirmam que apenas 10% dos casos são graves e que a maioria são casos de agressões leves, ameaças e injúrias. Apenas uma profissional discorda afirmando que “em mulher, nada é leve”, e que o descompasso entre o que veem no serviço e os laudos decorre da demora no atendimento do IML que, quando examina as lesões, já as encontra em recuperação.

Afirmam que muitas mulheres buscam pelo serviço sem saber o que ele oferece, resultando em expectativas não realizadas e frustração tanto dos profissionais, quanto das mulheres - os profissionais, por trabalharem em inquéritos que não vão resultar em processos e, as mulheres, por se verem envolvidas em processos com os quais não concordam e que, muitas vezes, às expõe a mais violência em casa e à violência institucional.

Além disso, alguns referem que há mulheres que não querem processar o marido, querem apenas assustá-lo com o BO para que ele pare com a violência. Estes dados são convergentes com outros estudos que afirmam que processar o marido parece ser o último recurso disponível para as mulheres que, inclusive, não sabem que o registro de uma ocorrência de lesão corporal gerará uma representação automática<sup>19,22</sup>.

Segundo a Lei Maria da Penha, os casos em que há lesões corporais, são de ação penal pública incondicionada, ou seja, não dependem de representação<sup>4</sup>. Isso ocorre porque o Superior Tribunal de Justiça (STJ) entende que a mulher que sofre uma violência física e comparece à delegacia para denunciar o agressor já está manifestando o desejo de que ele seja punido, razão pela qual não haveria necessidade de uma representação formal para a abertura do processo com base na Lei Maria da Penha<sup>31</sup>.

Os entrevistados percebem o atendimento oferecido pelo seu próprio setor e pelo jurídico como sendo efetivos em proteger as mulheres através das medidas protetivas, mas reconhecem que é preciso aprimorar o cuidado prestado. Para isso, seria fundamental o aumento dos recursos humanos disponíveis. Segundo documento para padronização das delegacias especializadas de atendimento

às mulheres (DEAMs), um município do porte do estudado deveria contar com quatro vezes mais serviços do que os existentes e quase seis vezes mais profissionais para atender de forma adequada à população existente<sup>32</sup>.

### Emoções e sentimentos dos profissionais no atendimento

O atendimento à violência é visto como um trabalho desgastante, que traz muitas dúvidas, sensação de impotência, tristeza e ansiedade. Outras emoções como desconfiança, frustração e desalento também foram citadas além do estresse e medo. Avaliando o trabalho dos outros setores, sentimentos como intolerância e descaso foram citados pelos profissionais quando percebem que algum profissional não sabe lidar com os casos, situações também referidas em outros estudos. Tais pesquisas reiteram que nenhum sentimento positivo é associado ao trabalho com violência, tema que assume uma posição marginal como objeto de intervenção e acaba sendo sempre remetido a campos distintos, em um jogo de empurra-empurra entre os serviços e setores<sup>8,19</sup>. Outro estudo realizado com profissionais da área da saúde, porém, também encontrou sentimentos positivos, como indignação e empatia diante dos casos atendidos, que indicariam a possibilidade da oferta de um cuidado adequado e atuação pró ativa se os profissionais estivessem melhor capacitados e amparados por uma rede intersetorial efetiva<sup>33</sup>.

### Barreiras e avanços em relação ao atendimento

Sobre as barreiras para o atendimento, a falta de infraestrutura, principalmente de recursos humanos, é um dos problemas mais comuns citados pelos profissionais. Tais referências foram encontradas em estudo que afirma que o aprimoramento do atendimento às situações de violência passa pela melhoria das condições de trabalho, como maior número de funcionários e estrutura adequada<sup>19</sup>.

A dificuldade com infraestrutura nas DDM/DEAMs é uma realidade em todo o país segundo Osís et al.<sup>25</sup>, que afirmam que apenas 2,9% das DEAMs do Brasil possuem salas para exames, 17,7% possuem salas de espera específica para autores de violência e apenas 12,9% funcionam 24 horas.

A inexistência de um local em que todos os serviços possam ser oferecidos, o que segundo os profissionais evitaria que as mulheres entrassem na chamada rota crítica, também é entendida como uma barreira, percepção encontrada em outra pesquisa semelhante<sup>12</sup>. Um estudo<sup>34</sup> desenvolvido em serviço que oferece atendimentos múltiplos em um único local, porém, mostrou que apenas compartilhar um espaço, não é o suficiente para garantir um atendimento integral, uma vez que este não é capaz de eliminar todas as situações e razões que obstaculizam às mulheres uma vida sem violências.

A dificuldade no estabelecimento de fluxos de atendimento entre os serviços dos diferentes setores é identificada como uma barreira. Segundo alguns documentos e estudos criar esses fluxos é fundamental para o trabalho em redes. Mas além da ausência de rotinas definidas, afirmam que há um desconhecimento sobre o tema e indisponibilidade dos profissionais envolvidos nas redes intersetoriais para que estes fluxos sejam construídos<sup>22,25,35,36</sup>.

Outro aspecto identificado como uma barreira segundo alguns entrevistados, é o despreparo para lidar com o tema da violência, que gera tanto dificuldade em identificar os casos quanto em lidar com as situações. Assim, o bom atendimento ainda depende da boa vontade dos profissionais que não têm acesso à formação adequada nem durante suas formações acadêmicas e nem em serviço<sup>25,27,32,37</sup>. Segundo Garcia-Moreno et al.<sup>2</sup>, porém, treinamentos isolados e disseminação de informação são pouco eficazes para promover mudanças efetivas na capacidade de atendimento.

Assim, em alguns serviços, os entrevistados reconhecem que seria necessária uma supervisão de profissionais de saúde mental para que atendessem melhor aos casos. Estudos<sup>37,38</sup> indicam que, apesar de não ser uma atividade exclusiva de profissionais de saúde mental eles podem contribuir com a condução dessas atividades por possuírem uma formação e recursos para lidar com sofrimento

emocional e afetos implicados nas relações de cuidado. Essa supervisão deve remeter à discussão da dinâmica familiar/conjugal violentas e à reflexão e consciência das próprias concepções e valores de gênero.

O modelo de atendimento à violência, predominantemente paternalista e de vitimização da mulher, também é visto como um problema. Isso ocorre segundo os profissionais por serem pouco emancipadores, não promoverem reflexão, possibilidades de escolha e independência da mulher, percepção corroborada por outro estudo<sup>19</sup>.

Por fim, há a questão dos poucos trabalhos preventivos desenvolvidos. Os profissionais acreditam que, se chegam tantos casos aos serviços especializados, é porque a prevenção não está sendo efetiva e, se não for realizada, nunca haverá serviços suficientes. Assim, o papel de prevenção, especialmente desenvolvida pelos setores de educação, saúde e assistência social, que oferecem serviços básicos e estão em contato com a comunidade, é fundamental e deve ser priorizado<sup>19,39</sup>.

Em relação aos pontos de avanço, os profissionais identificam alguns aspectos nos últimos anos. Segundo afirmam, hoje há maior visibilidade e sensibilidade, assim como maior humanização no atendimento dos serviços disponíveis. Estudos reforçam a percepção de que existe uma disposição dos profissionais para que haja respostas positivas às situações de violência entre profissionais de saúde e segurança pública<sup>25,33,39</sup>. De maneira geral a Lei Maria da Penha é vista pelos entrevistados como um grande progresso para o direito das mulheres, percepção que também encontra eco em outros estudos<sup>40</sup>.

## Considerações finais

Há similaridades de percepções sobre as mulheres entre os profissionais da assistência social e da saúde, que as veem como vítimas da violência (vitimização), enquanto os profissionais da justiça e segurança pública tendem a percebê-las com base em outros estereótipos da mulher na sociedade.

Essas visões estereotipadas estão provavelmente muito mais relacionadas às características das demandas que chegam aos serviços e às suas vocações assistenciais do que as mulheres reais que atendem. Pode-se considerar que existe uma fragmentação nessas percepções, que enxergam apenas a demanda. Tais percepções podem estar relacionadas à alienação gerada pelo trabalho, que não permite que cada caso seja visto individualmente e proponha uma reflexão sobre as necessidades reais das mulheres. A questão da humanização reaparece aqui com a necessidade do reconhecimento do outro como sujeito de direitos. Essas percepções também ficam mais claras quando se revelam os preconceitos em relação à violência e o *estranhamento* produzido nos locais de atendimento. Segundo Gomes et al.<sup>41</sup> estas questões relacionam-se a desumanização produzida pela alienação no processo de trabalho.

A invisibilidade da violência ainda é um desafio para profissionais de serviços não especializados da assistência social e saúde, que não diferenciam entre os determinantes sociais dos diferentes tipos de violência. Essa diferenciação seria fundamental para a compreensão da violência contra a mulher como um fenômeno relacionado às questões de gênero que poderia permitir que os preconceitos não fossem reproduzidos no atendimento.

Há o reconhecimento que é preciso humanizar os atendimentos, melhorar a infraestrutura além de criar alguns serviços especializados, principalmente àqueles previstos em lei (vara especializada, centro de referência e serviço de reeducação dos autores de violência). Além disso, programas de prevenção de violência, também previstos pela Lei Maria da Penha são urgentes para se trabalhar com as causas da violência e não apenas com suas consequências.

Percebe-se que o conhecimento dos profissionais sobre outros serviços, que não os próprios, são parciais e não há fluxograma estabelecido e trabalho coordenado em rede<sup>22,25,34</sup>. Este desconhecimento pode gerar o isolamento e facilitar a 'rota crítica', ou seja, a mulher pode ser encaminhada para locais onde não encontrará respostas para sua demanda. A integração de um trabalho intersectorial necessita primeiramente de um diálogo inicial entre os serviços para que possa haver comunicação.



Há um reconhecimento sobre a importância e necessidade de preparo para lidar com o tema e sobre o despreparo que possuem, tanto de informações quanto emocional, mas apesar disso vários setores não adotam a prática de atualização de conhecimentos sobre o tema ou supervisão para discussão de casos.

Kiss et al.<sup>35</sup> apontam que na saúde ainda existe um grande descompasso entre intenções políticas e o agir profissional, afirmação que pode ser estendida a outros setores nos quais também encontramos práticas prioritariamente baseadas em uma racionalidade técnico-científica e dificuldade de integrar perspectivas de gênero e promoção de direitos no planejamento e implementação das lógicas de cuidado.

### Colaboradores

Elisabeth Meloni Vieira concebeu o artigo, analisou e discutiu os resultados. Mariana Hasse discutiu os resultados e a análise dos dados. As duas autoras participaram da revisão final do artigo.

### Referências

1. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002; 360(9339):1083-8.
2. Garcia-Moreno C, Hegarty K, D'Oliveira AFL, Kaziol-MacLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015; 385(9977):1567-79.
3. Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher. Belém: Organização Pan-americana de Saúde; 1994.
4. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do §8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as formas de discriminação contra as mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 8 Ago 2006.
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília (DF): MS; 2011.
6. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Segurança Pública, Secretaria de Política para Mulheres. Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília (DF); 2013.
7. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Segurança Pública, Secretaria de Política para Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília (DF); 2011.
8. Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(3):1943-52.
9. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersectorial. *Athenea Digit*. 2012; 12(3):237-54.
10. Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(1):249-58.



11. Tavares MS. Roda de conversa entre mulheres: denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça. *Rev Estud Fem.* 2015; 23(2):547-59.
12. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(4):743-52.
13. Santos CM. Curto-circuito, falta de linha ou na linha? Redes de enfrentamento à violência contra mulheres em São Paulo. *Rev Estud Fem.* 2015; 23(2):577-600.
14. Barbosa LB, Dimenstein M, Leite JF. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re)pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. *Av Psicol Latinoam.* 2014; 32(2):309-20.
15. Menezes PRM, Lima IS, Correia CM, Souza SS, Erdmann AL, Gomes NP. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. *Saude Soc.* 2014; 23(3):778-86.
16. D'Oliveira AFLP, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev Med (São Paulo).* 2013; 92(2):134-40.
17. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisas e testes com seres humanos. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012.
18. Vieira EM, Perdoná GSC, Santos MA. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Rev Saude Publica.* 2011; 45(4):730-7.
19. Villela W, Vianna LAC, Lima LFP, Sala DCP, Vieira TF, Vieira ML, et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. *Saude Soc.* 2011; 20(1):113-23.
20. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, França-Junior I, Ludemir AB, Portella AP, Diniz CS, et al. Fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres brasileiras. *Rev Saude Publica.* 2009; 43(2):299-310.
21. Waiselfisz JJ. Mapa da violência 2012 - atualização: homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo: Centro Brasileiro de Estudos Latino-Americanos – Cebela, FLACSO; 2012.
22. Presser AD, Meneghel SN, Hennington EA. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. *Saude Soc.* 2008; 17(3):126-37.
23. Hague G, Mullender A. Who listens?: the voices of domestic violence survivors in service provision in United Kingston. *Violence Against Women.* 2006; 12(6):568-87.
24. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JB, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2007; 41(3):359-67.
25. Osis MJ, Pádua SK, Faúndes A. Limitações no atendimento, pelas Delegacias Especializadas, das mulheres que sofrem violência sexual. *BIS Bol Inst Saude.* 2012; 14(3):320-8.
26. Schraiber LB, D'Oliveira AF, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss LB, et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu).* 2003; 7(12):41-54.
27. Pedrosa CM, Spink MJP. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. *Saude Soc.* 2011; 20(1):124-35.
28. Oliveira AR, D'Oliveira AFPL. Violência de gênero contra trabalhadoras de enfermagem em hospital geral de São Paulo – SP. *Rev Saude Publica.* 2008; 42(5):868-76.
29. Lisboa TK, Pinheiro EA. A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. *Katylisis.* 2005; 8(2):199-210.
30. Pasinato W. Lei Maria da Penha: novas abordagens sobre velhas propostas - onde avançamos? *Civitas.* 2010; 10(2):216-32.

31. Campos CH, organizador. Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista. Rio de Janeiro: Lumen Juris; 2011.
32. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Segurança Pública, Secretaria de Políticas para Mulheres. UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre drogas e crimes. Norma técnica de padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs. Brasília (DF); 2010.
33. Vieira EM, Ford NJ, De Ferrante FG, Almeida AM, Daltoso D, Santos MA. The response to gender violence among Brazilian health care professional. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(3):681-90.
34. Costa DAC, Marques JF, Moreira KAP, Gomes LFS, Henriques ACPT, Fernandes AFC. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. *Cogitare Enferm*. 2013; 18(2):302-9.
35. Kiss LB, Schraiber LB, D'Oliveira AFLP. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface (Botucatu)* 2007; 11(23):485-501.
36. Ministério da Justiça (BR). Secretaria Nacional de Segurança Pública, Secretaria de Políticas para Mulheres. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília (DF); 2011.
37. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(4):1037-50.
38. Hanada H, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Os psicólogos na rede de assistência a mulher em situação de violência. *Rev Estud Fem*. 2010; 18(1): 33-59.
39. Hasse M, Vieira EM. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. *Saude Debate*. 2014; 28(102):482-92.
40. Meneghel SN, Mueller B, Collaziol ME, Quadros MM. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(3):691-700.
41. Gomes RM, Schraiber LB. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):339-50.

Vieira EM, Hasse M. Percepciones de profesionales de una red intersectorial de atención a mujeres en situación de violencia. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):51-62.

El objetivo es conocer cómo profesionales implicados en atención a mujeres en situación de violencia, en una red intersectorial, perciben las atenciones que realizan. Fueron realizadas treinta entrevistas: sector de servicios de salud, asistencia social (AS), seguridad pública (SP) y poder judicial en una ciudad de tamaño mediano de São Paulo, Brasil. El análisis temático de los resultados se sistematizó en cinco categorías: ¿Cómo son percibidas las mujeres que sufren violencia? Los prejuicios que tienen los profesionales. ¿Cómo perciben los profesionales la atención prestada? Emociones y sentimientos de los profesionales en la asistencia. Barreras y avances respecto a la atención. Hay percepciones fragmentadas y con estereotipos, existe necesidad de perfeccionar la infraestructura actual, preparar y amparar los profesionales para humanizar la atención. Crear servicios específicos e invertir en prevención; es fundamental. Hay un desajuste entre intención política de afrontar la violencia y la realidad estudiada.

*Palabras clave:* Violencia contra la mujer. Políticas de enfrentamiento a la violencia. Proceso de trabajo. Humanización de la atención.

Submetido em 18/11/15. Aprovado em 27/04/16.

# A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil

Nilton Correia dos Anjos Filho<sup>(a)</sup>  
Ana Maria Portela de Souza<sup>(b)</sup>

Anjos Filho NC, Souza AMP. The workers' perceptions about the multiprofessional team work at a Psychosocial Care Center in Salvador, Bahia, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):63-76.

This paper discusses the development and results of a research in a Psychosocial Care Center (CAPS) type II, in the city of Salvador-BA, in order to know the perception of the professionals about their multiprofessional team work, and specially those related to the aspects that facilitate and hinder their work. For this purpose it was adopted a qualitative approach, configured as a case study based on interviews with 21 workers of the institution. The results show that, although multiprofessional work is predominantly appreciated, there are problems of conceptualization and practice inside the team as well as complaints related to the planning conditions and management conditions and to the patterns of investment in the physical structures of the CAPS compared to the high demand of the public for this health service.

**Keywords:** Multiprofessional team work. Interdisciplinarity. Mental health services.

Este artigo aborda o desenvolvimento e resultados de uma pesquisa, realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, do município de Salvador-BA, com o objetivo de conhecer a percepção dos profissionais integrantes da equipe sobre o trabalho multiprofissional, especialmente no que concerne aos aspectos que facilitam e dificultam esta atuação. Adotou-se, para este fim, abordagem qualitativa, configurada como estudo de caso, apoiada em entrevistas com 21 trabalhadores da instituição. Os resultados obtidos apontam que, embora o trabalho multiprofissional se apresente predominantemente valorizado, ocorrem problemas de conceituação e prática no interior da equipe, bem como a emergência de críticas relativas às condições de planejamento e gestão e ao padrão de investimento nas estruturas físicas do CAPS diante da elevada demanda do público por este serviço de saúde.

**Palavras-chave:** Trabalho em equipe multiprofissional. Interdisciplinaridade. Serviços de Saúde Mental.

<sup>(a)</sup> Psicólogo. Rua Silveira Martins, 2555, Cabula. Salvador, BA, Brasil. 41150-000. niltoncorreia\_15@hotmail.com

<sup>(b)</sup> Residência Multiprofissional em Saúde, Pós-Graduação, Departamento de Ciências da Vida, Universidade do Estado da Bahia. Salvador, BA, Brasil. anaportela@terra.com.br

## Introdução

No Brasil, desde a década de 1970, ampliou-se uma discussão sobre as políticas de saúde e de recursos humanos, tendo em vista o perfil de necessidade de saúde da população. Em tal conjuntura, destacava-se a predominância de trabalhadores de nível Superior nos serviços de saúde, mais especificamente aqueles de formação médica. Como reação, surgiram críticas quanto à formação especializada e predominantemente curativa dos profissionais de saúde, e uma necessidade de estimular a atuação multiprofissional nos serviços.

Por volta dos anos 1980, essa configuração passou a ser modificada por meio de uma nova estrutura do quadro de profissionais, que promoveu o acréscimo significativo de trabalhadores de nível médio, como os técnicos de enfermagem, e, ao mesmo tempo, alargou o campo de profissionais de nível superior não médicos, permitindo, assim, o desenvolvimento de trabalho de equipe de saúde, exercido de modo mais complexo e multiprofissional (Machado et al.<sup>(c)</sup> apud Peduzzi<sup>1</sup>).

No decorrer destas mudanças, inseridas no processo de redemocratização do Estado e da sociedade brasileira, destacou-se a proposta do Sistema Único de Saúde (Lei nº 8.080/90), baseada nos princípios da integralidade, equidade, descentralização e participação<sup>2</sup>. As reestruturações, tanto dos estabelecimentos quanto das organizações do campo da saúde, geradas por estes novos princípios – especialmente o da integralidade –, ocorreram mediante novas articulações entre os serviços e a reformulação do trabalho em equipe. Segundo Franco e Merhy<sup>3</sup>, integralidade é uma

diretriz que se organiza acionada por certos projetos terapêuticos que requisitam recursos para a assistência aos usuários, e aí forma-se o encontro entre o mundo das necessidades com os agenciamentos coletivos que operam sobre os trabalhadores certos modos de produzir o cuidado. (p. 155)

A mudança para uma assistência integral exige não só uma reestruturação tanto dos estabelecimentos e das organizações do campo da saúde, por meio de uma organização e articulação entre os serviços, como também a reformulação do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde<sup>4</sup>.

Para Araújo e Rocha<sup>5</sup>, a influência acerca dos diversos aspectos que compõem o processo de saúde-doença é uma consequência do trabalho em equipe. A probabilidade de um profissional se reconstruir na atividade do outro, em efeitos mútuos, é uma pressuposição das práticas interdisciplinares, tendo, assim, a finalidade de uma intervenção efetiva no contexto em que atuam. Ou seja, a prática integral ganha um conjunto de visões diverso pelos profissionais variados que formam o quadro de funcionários daquele estabelecimento de saúde.

Já para Peduzzi<sup>(d)</sup> apud Peduzzi<sup>6</sup>, um tipo de trabalho coletivo é o trabalho em equipe, sendo este formado por meio da relação mútua entre as ações técnicas e a troca dos profissionais, configurando, por intermédio da comunicação, uma prática articulada e com a colaboração entre os pares.

A autora também apresenta uma tipologia não estática do trabalho em equipe, que demonstra prevalência, em determinados momentos da dinâmica do grupo de trabalhadores de dois modos: a) equipe integração, em que acontece uma costura das práticas e o intercâmbio entre os participantes; e b) equipe agrupamento, na qual se observa uma sobreposição de práticas. Para melhor caracterizar tais equipes, devem ser levados também em consideração

<sup>(c)</sup> Machado MH, Medici AC, Nogueira RP, Girardi SN. O mercado de trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ensp; 1992.

<sup>(d)</sup> Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

critérios, como comunicação, ações específicas dos núcleos profissionais, valoração social desigual da especialidade dos trabalhos desenvolvidos, flexibilização da divisão do trabalho, autonomia técnica e elaboração do planejamento assistencial compartilhado entre os membros da equipe<sup>6</sup>.

Um dos serviços de saúde que deve ter o trabalho constituído por uma equipe multiprofissional e atuar sob a ótica interdisciplinar é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo este um ponto de atenção do componente Atenção Psicossocial Especializada que integra a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Seu objetivo é realizar atendimentos às pessoas que possuem sofrimento psíquico grave e persistente e às pessoas que possuam necessidades decorrentes do uso de drogas. Para tanto, a oferta de cuidados proposta pela equipe de trabalhadores deve ser desenvolvida por meio do Projeto Terapêutico Individual (PTI), cujo processo de construção envolve tanto a equipe quanto o usuário e seus familiares<sup>7</sup>.

Ao CAPS cabe a função de promover a reinserção social dos usuários por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento tanto dos laços familiares quanto comunitários, desenvolvendo um trabalho de forma prioritária em espaços coletivos, englobando grupos, reunião de equipe, assembleia de usuários, entre outros. Possui, também, uma área territorial de atuação, e deve realizar articulações com os outros serviços ofertados por diversas redes (saúde, justiça, educação, etc.)<sup>7,8</sup>.

O presente estudo é resultante do Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), e trata de conhecer a percepção dos profissionais de um CAPS do município de Salvador-BA sobre o trabalho multiprofissional desenvolvido nesse serviço, identificando quais os fatores que facilitam e dificultam o trabalho.

A temática demonstra uma relevância porque possibilita, aos integrantes da equipe, refletir sobre seu processo de trabalho e como este pode repercutir no cuidado dos usuários do serviço, além de proporcionar, aos que se encontram no campo da Saúde Mental, uma reflexão sobre a validade da equipe multiprofissional.

Pretende-se investigar, com base no discurso dos sujeitos da pesquisa, o processo de desenvolvimento da interdisciplinaridade neste CAPS, isto é, a troca e reconstrução permanente das práticas e saberes para obtenção de uma produção inédita de conhecimentos e atividades. Além disso, pretende-se, igualmente, buscar informações sobre a efetivação de uma abordagem integral por meio da articulação das ações, comunicação e cooperação entre os membros.

## Metodologia

Os dados para esta pesquisa foram obtidos em um CAPS tipo II que oferta cuidados para pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo, também, ter como clientela pessoas que possuam necessidades devido ao uso de álcool e outras drogas, conforme a forma de organização da rede de saúde onde é localizado<sup>7</sup>.

Os critérios para os sujeitos participarem da pesquisa foram: a) compor o quadro de profissionais; e b) ter contato direto com as práticas assistenciais do serviço. Entretanto, o gerente do CAPS, em que pese não prestar assistência direta aos usuários, foi incluído neste grupo, considerando-se a importância do seu papel referente às questões clínico-institucionais e organização da unidade, que podem interferir diretamente no trabalho multiprofissional desenvolvido.

Esta pesquisa delimitada em metodologia qualitativa, e definida como estudo de caso, utilizou-se da entrevista semiestruturada para a coleta de dados. Para Godoy<sup>9</sup>, o estudo de caso caracteriza-se por ter como objeto uma unidade estudada de modo profundo, com o propósito de realização de exame detalhado de um ambiente, de um sujeito, de um grupo ou de uma situação específica.

Os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos foram devidamente considerados. A coleta de dados foi realizada posteriormente à aprovação do projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia. Todos os sujeitos da pesquisa tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e o assinaram, atendendo ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde<sup>10</sup>.

Desse modo, a entrevista foi composta de três partes. A primeira teve a finalidade de realizar uma caracterização do profissional; a segunda tratou de perguntas relacionadas às atividades do trabalhador; e a última abordou questões relativas à concepção do trabalho multiprofissional, como ele é desenvolvido e avaliado pelos próprios profissionais envolvidos.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas posteriormente por meio da análise de conteúdo, tendo como referência Laurence Bardin, que a define como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.<sup>11</sup> (p. 42)

Importante salientar que, anteriormente à coleta de dados, foram formadas três categorias definidas pelos pesquisadores (caracterização do profissional, atividades desenvolvidas e trabalho em equipe multiprofissional), levando-se em consideração o roteiro da entrevista. Entretanto, após a análise dos dados, tais categorias foram revistas, passando a ter uma nova configuração: caracterização dos profissionais; atividades desenvolvidas; a concepção de trabalho multiprofissional e como ele é desenvolvido no CAPS; facilitadores do trabalho em equipe; e fatores que dificultam o trabalho em equipe.

## Resultados e discussão

### Caracterização dos profissionais

Foram entrevistados 21 profissionais, incluindo o gerente, sendo 18 mulheres e três homens. A média de idade dos sujeitos registrada é de quarenta anos. Quanto ao período de tempo em que atuam no serviço, a média encontrada é de seis anos. Somente quatro pessoas estão no CAPS desde a sua implantação.

A composição dos entrevistados respeitou o agrupamento realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador referente aos CAPS municipais e conveniados/contratados, resultando na composição de participantes conforme Tabela 1.

**Tabela 1.** Composição dos trabalhadores participantes da pesquisa

Profissional de Atendimento Integrado – PAI (Ensino Superior)	Técnicos em Serviço de Saúde – TSS (Ensino Médio com Formação Técnica Complementar)	Auxiliar em Serviço de Saúde – ASS (Ensino Médio)
2 Terapeutas ocupacionais	4 Técnicos de enfermagem	1 Oficineiro
2 Educadores físicos		
3 Psicólogos		
2 Médicos		
3 Assistentes sociais		
2 Enfermeiros		
1 Farmacêutico		

Como já acenado, aos profissionais acima elencados acrescenta-se, ainda, o gerente com nível superior.

Dos 21 entrevistados, apenas nove possuíam algum tipo de experiência profissional no campo da saúde mental. Entre as experiências, encontram-se: docência em disciplinas sobre saúde mental em cursos técnicos; atuação em serviços do campo da assistência social com público-alvo voltado para crianças e adolescentes que possuem algum tipo de transtorno mental ou que fazem uso problemático



de álcool e outras drogas; centro de convivência; hospital psiquiátrico; hospital-dia; sanatório; ambulatório de saúde mental; manicômio judiciário; hospital de custódia; penitenciária; e centro de referência em álcool e outras drogas. Apenas três das nove pessoas citadas possuíam experiência anterior em CAPS.

### Atividades desenvolvidas

Conforme mencionado, as atividades realizadas pelos trabalhadores do CAPS são separadas em três grupos: as atividades dos PAI (Profissional de Atendimento Integrado), as dos TSS (Técnicos em Serviço de Saúde) e as dos ASS (Auxiliar em Serviço de Saúde). O primeiro grupo tem seu processo de trabalho organizado de modo que todo profissional em cada turno realize pelo menos uma atividade. Entre as ações estão as detalhadas no Quadro 1.

**Quadro 1.** Atividades desenvolvidas pelo profissional de atendimento integrado

Atividades
Acolhimento inicial
Oficina/grupo terapêutico
Participação em reunião da equipe técnica e de miniequipe de referência
Visita domiciliar
Atendimento individual aos usuários e aos familiares
Plantão
Participação na assembleia com os usuários

Alguns profissionais ainda realizam atividades que não são desempenhadas por todos, como: matriciamento de equipes da Atenção Básica, participação na assembleia com os usuários, e algumas atividades que são específicas da sua categoria profissional, tendo, como exemplo, a psicoterapia por psicólogos e orientação de benefícios (*sic*) por assistentes sociais.

Dentre as atividades dos PAI, faz-se necessário destacar o profissional médico e farmacêutico, que não compartilham das mesmas atividades dos outros trabalhadores do seu grupo. A primeira categoria profissional realiza, predominantemente, atendimentos clínicos, além de visitas domiciliares e participação em reuniões técnicas. A segunda categoria realiza a dispensação, controle de validade e destinação final de medicamentos prestes a expirar, além da participação em reuniões técnicas.

No Quadro 2 encontram-se as atividades do grupo de TSS.

**Quadro 2.** Atividades desenvolvidas pelo técnico em serviços de saúde

Atividades
Marcação de consultas médicas e auxílio ao profissional médico durante os atendimentos realizados por este
Medicação a usuários
Visitas domiciliares
Ações de promoção de autocuidado
Acompanhamento de oficinas e grupos
Plantão
Participação das reuniões técnicas

O último grupo de atividades (Quadro 3) corresponde às ações realizadas pelos ASS.

**Quadro 3.** Atividades desenvolvidas pelo auxiliar em serviços de saúde

Atividades
Acompanhamento de oficinas
Participação das reuniões técnicas

O Quadro 4 traz as informações dos entrevistados quando foram questionados sobre as atividades realizadas com mais de um profissional.

**Quadro 4.** Atividades com mais de um profissional envolvido

Atividades
Matriciamento
Alguns grupos/oficinas
Assembleia com os usuários
Alguns acolhimentos
Visitas domiciliares
Reunião técnica
Miniequipe de referência

Para alguns, as poucas ações realizadas em conjunto são pouco elaboradas entre os membros da equipe, em virtude do tempo exíguo e quantidade de tarefas, como pode ser visualizado na fala seguinte: “Como o dia a dia é mais corrido, dificilmente eu vou falar alguma coisa da minha prática do meu grupo, da minha oficina. Na reunião nunca vai dar tempo. Então, se eu tivesse um colega fazendo comigo seria muito mais rico e funcionava muito melhor, inclusive pra todos” (S20, PAI).

Entre as atividades citadas, merece destaque a miniequipe de referência. O modo de organização de trabalho que predomina no serviço estudado é de profissional/técnico de referência, que tem o papel de construir e monitorar o PTI de um número predefinido de usuários. Nos casos em que usuários necessitem de maior intensificação de cuidado, são formadas miniequipes de referência. Entretanto, não se encontram estabelecidos nem o número de trabalhadores e nem as categoriais profissionais envolvidas.

A miniequipe de referência apresenta configuração similar à das equipes de referência propostas por Campos<sup>12</sup>. Para o autor, tal modalidade de organização é um modo de viabilizar a interdisciplinaridade no serviço de saúde.

De acordo com tal proposição, essas equipes formadas por profissionais de categorias diferentes devem estar associadas à clientela previamente definida, de modo a possibilitar um acompanhamento contínuo e a construção de vínculo entre os profissionais envolvidos e os usuários. Nesta perspectiva estão previstos: a elaboração de PTI para alguns casos que precisam de maior cuidado, por serem mais complexos e/ou que apresentam maior vulnerabilidade; e o desenvolvimento da autonomia relacionado ao trabalho da própria equipe, além de apoio matricial quando for necessário.

Outro ponto relatado pelos entrevistados, sobretudo, pelos PAI, diz respeito às atividades pertencentes ao núcleo e ao campo. Segundo Campos<sup>13</sup>, o primeiro termo trata dos conjuntos de saberes e responsabilidades restritas a uma categoria profissional ou especialidade. Quanto ao campo,

este é caracterizado por saberes e responsabilidades que são comuns a diversas categorias profissionais ou especialidades.

Para alguns profissionais, a inserção no CAPS traz, como consequência, uma perda parcial da sua identidade profissional, pois passam a desenvolver atividades que não são específicas do seu núcleo de competência. Entretanto, alguns trabalhadores relataram que tal perda foi sendo recuperada com o passar do tempo devido aos novos direcionamentos das ações que realizam no serviço.

“Eu era uma técnica que fazia oficinas variadas e fazia visitas, fazia acolhimento. Então eu vi que era uma atuação muito ampla que por vezes se dissolvia em outras atuações. Às vezes eu me sentia um pouco terapeuta ocupacional, assistente social, né? Eu acho isso bom por um lado e acho que com o tempo e a experiência eu fui mais moldando minha atuação mais dentro da minha área”. (S11, PAI)

Conforme Furtado<sup>14</sup>, as atividades relacionadas ao campo são de caráter interdisciplinar e exigem uma alta interprofissionalidade, enquanto aquelas relacionadas ao núcleo se dirigem para as funções específicas de determinada profissão.

A compreensão dos profissionais desses dois termos, núcleo e campo, possibilita uma maior clareza daquilo que pode ser dividido e a certeza de que a colaboração com os outros integrantes da equipe não trará como consequência uma perda de sua identidade ou núcleo profissional<sup>14</sup>. Desse modo, os dados coletados parecem evidenciar que o não entendimento da importância da existência de atividades referentes ao campo – no caso em questão do campo da saúde mental –, além de uma busca para realização de práticas restritas às categorias profissionais, traz implicações para as ações interdisciplinares no serviço estudado.

### **A concepção de trabalho multiprofissional e como ele é desenvolvido no CAPS**

Foram apontadas duas definições de trabalho multiprofissional pelos sujeitos. A primeira foi predominante no discurso dos entrevistados. Segundo estes, o trabalho de cada profissional com seu núcleo específico de saber/prática contribui para uma assistência global ao usuário, sendo caracterizado por uma junção de saberes com algum nível de troca entre os membros. Tais relatos a seguir exemplificam a definição citada:

“É um trabalho desenvolvido por vários profissionais de múltiplas áreas onde cada um, dentro do seu saber, dentro da sua área, pode estar contribuindo na assistência, na ajuda ao outro, ao cliente da gente, ao usuário”. (S1, PAI)

“Na minha concepção, o trabalho multiprofissional, assim, é o trabalho onde cada profissional tem que fazer a sua parte dentro do seu contexto que está previsto de suas atribuições”. (S4, TSS)

A segunda definição concebe um trabalho em conjunto de modo integrado em prol de um objetivo comum, que é o bem-estar do usuário, ocorrendo troca de saberes, articulação das ações e integração entre os membros da equipe. Nesse caso, não há perda da identidade profissional:

“O trabalho multiprofissional é você poder integrar varias áreas de conhecimento e saberes em prol de um objetivo comum. [...] E aí você tendo várias áreas de conhecimentos você consegue integrar isso em um único trabalho e faz com que você tenha mais sentido, né? Naquilo que você faz e naquilo que você consegue produzir para benefício das pessoas que sofrem com transtorno mental”. (S2, PAI)

“Eu vejo assim que um trabalho multiprofissional ele não é só a junção de profissionais de diferentes categorias, de diferentes formações [...] Não adianta ter vários profissionais de

categorias diferentes trabalhando no mesmo espaço se essas pessoas não dialogam. Então, eu acho que um trabalho multiprofissional tem que ter esse espaço do diálogo, da troca, do conhecimento, das discussões dos casos pra você poder compreender melhor aquele caso, poder assistir melhor aquele caso". (S9, PAI)

Percebe-se que a primeira definição acerca do trabalho multiprofissional caracteriza-se pela existência de uma multidisciplinaridade, mas que, em alguns momentos, faz referência à pluridisciplinaridade pela ocorrência de troca entre os integrantes da equipe. Quanto à segunda concepção, pode-se pensar em características tanto da pluridisciplinaridade quanto da interdisciplinaridade, embora não seja explicitado, nos relatos dos entrevistados, o nível de interação e integração entre as disciplinas e novas produções a partir delas.

Com relação ao desenvolvimento do trabalho multiprofissional no serviço, dos 21 entrevistados, 15 avaliam o trabalho da equipe de modo positivo e seis de modo negativo. Os profissionais que percebem positivamente relataram que o trabalho multiprofissional acontece de forma integrada no cotidiano do CAPS, sendo mais perceptível em momentos pontuais quando realizam atividades em que mais de um profissional participa, tais como: visitas domiciliares, reuniões da equipe técnica e de miniequipe de referência, acolhimento, grupos e oficinas terapêuticas, entre outros.

No entanto, houve ressalvas feitas pelos profissionais: alguns trabalhadores atuam em desacordo com a maioria; certos integrantes do quadro profissional apresentam dificuldades para troca de saberes e experiências; e um pequeno grupo dos membros da equipe, devido ao longo período em que trabalham juntos, realiza um trabalho de modo mais integrado e, de certa forma, similar, pois compartilham da mesma lógica da clínica que o CAPS deve possuir, diferenciando-se do restante da equipe.

Já os profissionais que avaliam de forma negativa o trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional apontaram que a integração entre os trabalhadores é incipiente, predominando atuações isoladas, tendo como possíveis causas: organização do processo de trabalho; comunicação ineficaz; profissionais que não compartilham totalmente o cuidado de determinados usuários com os outros colegas por serem os técnicos de referência. Todavia, o grupo também ponderou sobre outros aspectos que valorizam a experiência: o trabalho desenvolvido pelo CAPS funciona de modo mais integrado e horizontal do que em outros espaços, como, por exemplo, em hospitais, onde há um predomínio da valorização do profissional médico; e uma disponibilidade da maioria dos profissionais para o trabalho em equipe.

Como foi citado anteriormente, o CAPS deve possuir, no seu quadro de trabalhadores, diversas categorias profissionais, que têm como diretriz a atuação sob a lógica interdisciplinar<sup>7</sup>. Para se entender melhor esta perspectiva relacionada com a percepção dos profissionais entrevistados, é necessário compreender o significado de interdisciplinaridade e de outras terminologias associadas (multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade), que, muitas vezes, podem ser confundidas. Ressalta-se que a abordagem a seguir está longe de encerrar o significado de tais termos, e tem como referência os conceitos utilizados por Furtado<sup>14</sup>.

A multidisciplinaridade pode ser definida como uma justaposição de diversas disciplinas para se tratar de um mesmo tema ou solucionar um problema. Contudo, não ocorrem relações entre os profissionais de cada disciplina nem no plano técnico nem no científico.

A pluridisciplinaridade é caracterizada como um efetivo relacionamento entre as disciplinas, havendo uma coordenação por parte de uma delas ou pela direção da organização. Implica também o estabelecimento de objetivos comuns entre todas as áreas envolvidas, que deverão traçar estratégias de cooperação para alcançá-los.

Um ponto a ser destacado com relação à pluridisciplinaridade é que nela ocorre uma predominância de complementaridade em lugar de uma integração de teorias e métodos, isto é, opera mais sob a lógica de que uma disciplina deve preencher possíveis lacunas da outra. Uma clássica situação de interação disciplinar dessa concepção, por exemplo, são as famosas reuniões, para discussão de casos, realizadas pelos integrantes de várias categorias profissionais dentro de uma equipe em uma enfermaria de um hospital.

Por interdisciplinaridade compreende-se o estabelecimento de relações menos verticais entre as diversas disciplinas. Estas compartilhariam “uma mesma plataforma de trabalho, operando sob conceitos em comum”. Nesse caso, não existe uma justaposição ou complementaridade entre os elementos disciplinares, mas, sim, uma combinação nova de elementos internos, com trocas entre os campos para uma tarefa ser realizada em conjunto. Desse modo, espera-se que surjam conhecimentos e posturas inéditos dos integrantes.

Para alguns autores (Fazenda<sup>(e)</sup> apud Furtado<sup>14)</sup>, a transdisciplinaridade seria inalcançável, apontando apenas para o entrosamento mais profundo entre as disciplinas. Outros autores consideram a transdisciplinaridade o único modo válido de interação e uma forma de transcender as limitações da interdisciplinaridade (Silva<sup>(f)</sup> apud Furtado<sup>14)</sup>. Saube et al.<sup>15</sup> fazem ressalva, afirmando que, nessa concepção, existem fronteiras imprecisas entre as identidades das disciplinas.

Portanto, apesar de o trabalho desenvolvido pela maioria da equipe estudada estar embasado em conceitos e métodos comuns do campo da saúde mental e de se desenvolver em patamar de horizontalidade entre as categorias profissionais, alguns fatores apontados pelos entrevistados trazem, como indícios, que o trabalho multiprofissional opera de modo incipiente, circulando entre o “pluri” e o interdisciplinar. Este fato indica que as atividades profissionais são ainda pouco integradas, sendo a maioria das ações realizada isoladamente; e que, quando ocorre a interação, ela se dá em momentos pontuais no cotidiano do serviço. Tal configuração direciona mais para uma complementaridade entre as disciplinas do que para uma interação e uma nova combinação com trocas entre os campos disciplinares, sendo esta característica fundamental da interdisciplinaridade.

Para que se possa explicitar de forma mais detalhada a complexidade de um trabalho multiprofissional no CAPS, serão discutidos, nos próximos tópicos, os fatores que facilitam e dificultam o trabalho da equipe na percepção dos trabalhadores.

### **Facilitadores do trabalho em equipe: profissionais disponíveis para a troca de saberes e práticas e comprometidos com o trabalho**

Os facilitadores do trabalho desenvolvido pela equipe, apontados pelos entrevistados, foram:

- O trabalho desenvolvido pelo apoiador institucional em saúde mental, por permitir a reflexão da prática dos profissionais e da organização clínico-institucional;
- O gerente do serviço que, além de ter uma boa relação interpessoal com os integrantes da equipe, consegue fazer uma gestão colegiada em busca da participação de todos no processo de tomada de decisões;
- Profissionais disponíveis para a troca de saberes e práticas e comprometidos com o trabalho desenvolvido;
  - Boa relação interpessoal entre os trabalhadores;
  - Reunião da equipe técnica.

Este último facilitador, segundo os entrevistados, é o principal dispositivo capaz de realizar uma maior integração e interação entre os profissionais; de possibilitar melhor discussão dos casos atendidos; de operar o planejamento e elaboração do PTI, além de permitir que sejam abordadas questões administrativas do serviço.

“Eu acho que as reuniões são necessárias porque é o único momento que toda a equipe se encontra para que a gente saiba o que está acontecendo com os usuários porque com a demanda às vezes isso não acontece”. (S7, TSS)

<sup>(e)</sup> Fazenda I. Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa. Campinas: Papyrus; 2001.

<sup>(f)</sup> Silva DJ. O paradigma transdisciplinar: uma perspectiva metodológica para a pesquisa ambiental [Internet]. 1999 [acesso 2015 Jun 3]. Disponível em: <http://www.gthidro.ufsc.br/arquivos/transdisciplinaridade.pdf>

Durante a semana, as pautas vão sendo formuladas pela equipe e, antes da reunião, são estabelecidas aquelas prioritárias, e, igualmente, o período para seu aprofundamento. As reuniões são organizadas, geralmente, com dois pontos de pauta: 1) Informes administrativos que envolvem o funcionamento do serviço e/ou informes sobre eventos, cursos, entre outros, além de poder se abordar fatores que impliquem o trabalho da equipe ou a assistência aos usuários, e 2) Discussões de casos.

Os profissionais relataram que, nos últimos meses, tem-se discutido, também, sobre o Projeto Terapêutico Institucional do serviço, sendo conduzido, algumas vezes, pelo apoiador institucional em saúde mental do Distrito Sanitário onde o CAPS é localizado.

Sobre a participação dos profissionais nas reuniões, os trabalhadores relataram uma mudança. Anteriormente, de acordo com eles, uma parcela significativa de pessoas não comparecia à reunião, tendo como um dos principais motivos a não compatibilização do horário da reunião do CAPS com o horário de trabalho de outro vínculo profissional. Tal ausência, segundo eles, causava dificuldades para a assistência aos usuários, pois determinados profissionais que não participavam eram, na verdade, essenciais para trazer dados sobre os casos discutidos e auxiliar nas estratégias de cuidado.

No período da coleta de dados, a gestão municipal de saúde demandou que todos os gerentes dos CAPS administrados pela Prefeitura de Salvador solicitassem a participação dos servidores dos respectivos serviços nas reuniões técnicas, como uma forma de viabilizar a organização clínico-institucional de tais unidades de saúde. Tal direcionamento foi considerado, pela maioria dos trabalhadores entrevistados, um verdadeiro ganho na qualidade desse dispositivo para o trabalho desenvolvido em equipe.

Até o momento final da coleta, todos os integrantes da equipe já estavam participando da reunião. Acrescente-se a isto o fato de que há uma intenção da equipe de trabalho em incluir, na reunião, os trabalhadores de vigilância, com o intuito de efetuar planejamento da atenção aos usuários em situação de crise.

Todavia, a maioria dos integrantes da equipe assinalou que os maiores problemas das reuniões técnicas são os seguintes: descumprimento do que é acordado na reunião; tempo insuficiente para tratar de todos os assuntos necessários; discussão pouco aprofundada dos casos, sem utilização de textos para dar embasamento ao que é debatido; a falta de discussão de todos os casos acompanhados pela equipe, sendo abordados, geralmente, aqueles casos que exigem uma ação emergencial de toda a equipe; e dificuldade para concluir todos os assuntos iniciados.

“Falta assim... acho que numa equipe tem que ter um tempo da reunião pra definir ações porque aqui não tem. É um passando rápido pelo outro. Os diálogos nunca terminam. Começa a discutir um caso e daqui a pouco lá vem outra coisa, outra pessoa vem falando. Ninguém terminou, ninguém concluiu”. (S11, PAI)

As questões apresentadas pelos profissionais sobre as reuniões técnicas revelam a importância da reflexão sistemática acerca do processo de trabalho e das ações intersetoriais, como procedimento efetivo para a construção de um cuidado integral, afastando a ocorrência de uma repetição de práticas que são, muitas vezes, fragmentadas e até descontextualizadas. A ausência ou dificuldade de desenvolver a reflexão e diálogos entre os membros da equipe multiprofissional aproxima o trabalho da lógica fundamentada tanto em uma separação das disciplinas quanto dos seus objetos de estudo e intervenção. Consequentemente, uma sensação de dissociação e desagregação pode acometer o trabalhador, chegando ao usuário, pois, apesar de um discurso ser pautado pelo conceito de integralidade, a prática na assistência é fracionada e, muitas vezes, fragmentadora de processos e até de sujeitos<sup>16</sup>.

### **Fatores que dificultam o trabalho em equipe**

Quanto aos fatores que dificultam o trabalho em equipe, relatados pelos profissionais, foram apontados os seguintes:



- Profissionais que realizam ações em desacordo com o pensamento da equipe;
- Reduzidas ações de educação permanente;
- Demanda excessiva de trabalho;
- Tempo insuficiente para desenvolvimento da reflexão e planejamento do processo de trabalho e organização do serviço;
  - Carga horária diferente entre os profissionais, dificultando o encontro entre os integrantes para troca de saberes e práticas;
  - Mudanças com relativa frequência da gestão do serviço e da gestão municipal de saúde;
  - Organização não efetiva da reunião técnica;
  - Estrutura física inadequada e falta de equipamentos, insumos e materiais;
  - Pouca articulação e integração da RAPS, além de pouco quantitativo de pontos de atenção;
- Profissionais que não compartilham, totalmente, o cuidado de determinados usuários com os outros colegas por serem técnicos de referência.

Tais fatores apontam para não só para uma precarização do trabalho no CAPS estudado, mas também uma precarização do cuidado ofertado na RAPS do município de Salvador, colocando obstáculos para a efetivação das diretrizes de funcionamento da RAPS estabelecidas pelo Ministério da Saúde<sup>7</sup>. Alguns estudos têm revelado uma necessidade de maior investimento em questões relacionadas às condições de trabalho nos CAPS, com ações mais efetivas de políticas públicas direcionadas para a gestão de recursos humanos no campo da saúde mental. Para que mudanças aconteçam, acrescentam que é necessário se ter, como pressupostos, os pontos propostos pela Política de Desprecarização do Trabalho em Saúde (Jorge et al.<sup>(g)</sup> apud Filizola et al.<sup>17</sup>; Bichaff<sup>(h)</sup> apud Filizola et al.<sup>17</sup>).

<sup>(g)</sup> Jorge MSB, Guimarães JMX, Nogueira MEF, Moreira TMM, Morais APP. Gestão de recursos humanos nos Centros de Atenção Psicossocial no contexto da política de desprecarização do trabalho no Sistema Único de Saúde. *Texto Contexto Enferm.* 2007; 16(3):417-25.

## Considerações finais

Os dados obtidos sobre a percepção dos profissionais de um CAPS do município de Salvador-BA indicam que há, entre os entrevistados, diferenças tanto de conceituação quanto de práticas, acerca do trabalho multiprofissional nesse tipo de serviço.

A definição de trabalho multiprofissional predominante entre os trabalhadores está relacionada a uma junção de saberes e práticas das áreas disciplinares que compõem a equipe, sendo esta concepção característica da multidisciplinaridade, mas que, também, direciona a uma pluridisciplinaridade pela pontuação de uma relação entre os integrantes da equipe no nível científico e técnico. Contudo, uma parcela dos sujeitos relatou que um trabalho multiprofissional consiste em uma atuação que se realiza de modo conjunto e integrado com interação entre os membros, portanto, referenciada tanto à pluridisciplinaridade quanto à interdisciplinaridade.

Todavia, ressalta-se que estes são dados de caráter preliminar acerca do grau de interação e integração entre as disciplinas, bem como sobre novas práticas e saberes, que podem ser mais intensivamente explorados por meio de novas pesquisas.

Neste estudo, observa-se, igualmente, que, apesar de o Ministério da Saúde assinalar que o trabalho a ser desenvolvido no CAPS deve se constituir na lógica interdisciplinar, esta prática representa, até o momento, um desafio a ser superado para essa equipe estudada.

<sup>(h)</sup> Bichaff R. O trabalho no Centro de Atenção Psicossocial: uma reflexão crítica das práticas e suas contribuições para a Reforma Psiquiátrica [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2006.

Nos relatos dos entrevistados, é possível notar um movimento voltado em direção ao pensamento interdisciplinar, todavia limitado na prática. Entre os obstáculos podem estar: a) O fato de que a concepção do trabalho multiprofissional não se mostra compartilhada do mesmo modo por todos os membros da equipe; b) A série de alguns fatores relatados como dificuldades para a realização deste trabalho que revelam as condições de planejamento e gestão e o padrão de investimento nas estruturas físicas do serviço; e c) Profissionais que não têm total compreensão da importância das atividades pertencentes ao campo de responsabilidades/competências referentes às diversas categorias profissionais, ou seja, relacionadas ao campo da saúde mental no caso estudado.

Cabe acrescentar que, apesar de predominar no serviço a organização da equipe de profissionais/técnicos de referência, a existência de miniequipes de referência apresenta indícios de maior efetividade nos cuidados com os usuários e em ações interdisciplinares condizentes com diretrizes e princípios da Reforma Psiquiátrica.

Em suma, devido aos diversos fatores que incidem diretamente ou indiretamente sobre o trabalho em equipe multiprofissional, este representa um dos grandes desafios para a atuação no CAPS, afetando, assim, a Clínica da Atenção Psicossocial que tal serviço deve realizar.

### Colaboradores

Nilton Correia responsabilizou-se pela elaboração do projeto de pesquisa, coleta e análise dos dados e produção do manuscrito. Ana Maria Portela de Souza responsabilizou-se pela orientação da elaboração do projeto, coleta e análise dos dados, assim como pela revisão do manuscrito.

### Referências

1. Peduzzi M. Trabalho em equipe. In: Lima JCF, Pereira IB, organizadores. Dicionário de educação profissional em saúde [Internet]. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009 [acesso 2015 Abr 27]. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho\\_em\\_Equipe\\_ts.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/Trabalho_em_Equipe_ts.pdf)
2. Paim JS. Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA; 2006.
3. Merhy EE, Franco TB. Cartografias do trabalho e cuidado em saúde [Internet]. Tempus Actas Saude Colet. 2012 [acesso 2015 Abr 27]; 6:151-63. Disponível em: [http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Cartografias\\_do\\_Trabalho\\_e\\_Cuidado\\_em\\_Sa%C3%BAde.pdf](http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/Cartografias_do_Trabalho_e_Cuidado_em_Sa%C3%BAde.pdf)
4. Campos CEA. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. Cienc Saude Colet [Internet]. 2003 [acesso 2015 Abr 27]; 8(2):569-84. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000200018](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200018)
5. Araújo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Cienc Saude Colet [Internet]. 2007 [acesso 2015 Abr 27]; 12(2):455-64. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200022&lng=en)

6. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica* [Internet]. 2001 [acesso 2015 Abr 27]; 35(1):103-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000100016&lng=en)
7. Lei nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde [Internet]. Diário Oficial da União. 25 Maio 2013 [acesso 2015 Abr 27]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas [Internet]. Brasília; OPAS; 2005 [acesso 2015 Abr 27]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)
9. Godoy AS. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Rev Adm Empr* [Internet]. 1995 [acesso 2015 Abr 27]; 35(3):20-9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75901995000300004&lng=en&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901995000300004&lng=en&tlng=pt)
10. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012 [acesso 2015 Abr 27]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)
11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1995.
12. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 1999 [acesso 2015 Abr 27]; 4(2):393-403. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200013&lng=en)
13. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
14. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface* (Botucatu) [Internet]. 2007 [acesso 2015 Abr 27]; 11(22):239-55. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200005&lng=en)
15. Saube R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface* (Botucatu) [Internet]. 2005 [acesso 2015 Abr 27]; 9(18):521-36. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832005000300005&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000300005&lng=en)
16. Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. *Cienc Saude Coletiva* [Internet]. 2010 [acesso 2015 Abr 27]; 15 Suppl 1:1685-98. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700080&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700080&lng=en)
17. Filizola CLA, Milioni DB, Pavarini SCI. A vivência dos trabalhadores de um CAPS diante da nova organização do trabalho em equipe. *Rev Eletr Enferm* [Internet]. 2008 [acesso 2015 Abr 27]; 10(2):491-503. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a20.htm>

Anjos Filho NC, Souza AMP. La percepción del trabajo en un equipo multidisciplinario de trabajadores en un Centro de Atención Psicosocial en Salvador, Bahía, Brasil. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(60):63-76.

Este artículo aborda el desarrollo y los resultados de una investigación realizada en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de tipo II, en la ciudad de Salvador-BA, con el fin de conocer la percepción de los profesionales sobre el trabajo multidisciplinario en sus equipos, especialmente lo que respecta a los aspectos que facilitan y dificultan esta acción. Para ello, fue adoptado un enfoque cualitativo configurado como estudio de caso, basado en entrevistas con 21 trabajadores de la institución. Los resultados demuestran que, aunque el trabajo multidisciplinario sea, en su mayoría, bien valorado, existen problemas de conceptualización y práctica dentro del equipo. También aparecen quejas relacionadas a las condiciones de planificación y el manejo y patrón de inversiones en las estructuras físicas de CAPS frente a la alta demanda del público de este servicio de salud.

*Palabras clave:* Trabajo en equipo multidisciplinario. Interdisciplinariedad. Servicios de Salud Mental.

Submetido em 19/06/15. Aprovado em 22/01/16.

# Os paradoxos do trabalho em equipe em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico):

explorando as articulações psicossociais no trabalho em saúde

Juliana Cristina Backes<sup>(a)</sup>  
Creuza da Silva Azevedo<sup>(b)</sup>

Backes JC, Azevedo CS. The paradoxes of teamwork at a Pediatric Intensive Unit: exploring the psychosocial joints in health care. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):77-87.

The paper focus on teamwork and was carried out at a Pediatric Intensive Care Unit of a hospital in a city of the metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. Two lines of analysis were adopted: the organization of care and the cooperation of professionals; the different meanings of care pursued by the teams and the directions for building a common care project. The theoretical approach considered intersubjective nature of teamwork and dialogue with different psychosocial literature. The field work was conducted from September to December 2011, including participant observation and interviews with 24 professionals. The rationalization of practice was associated with subjective contribution of the professionals, which was expressed as zeal, mutual trust and support by mechanisms of collective mediation. The contrasting images between excellence and precariousness indicate unfavorable conditions for sustaining common values and beliefs.

**Keywords:** Health care. Quality in care. Subjectivity and management. Teamwork.

O artigo tem por objeto o trabalho em equipe investigado à luz dos processos intersubjetivos em organizações de saúde. A pesquisa foi realizada em um Centro de Tratamento Intensivo Pediátrico (CTI-Pediátrico) de um hospital da região metropolitana do Rio de Janeiro, Brasil. Foram adotados dois eixos de análise: a organização do cuidado e cooperação entre os profissionais em processos de trabalho; os sentidos do trabalho e caminhos para projeto assistencial comum. A abordagem teórica considerou a natureza intersubjetiva do trabalho em equipe e buscou diálogo com abordagens psicossociais de base psicanalítica. O trabalho de campo foi realizado de setembro a dezembro de 2011, compreendendo observação participante e 24 entrevistas com profissionais. A racionalização do processo de trabalho esteve articulada à contribuição subjetiva dos profissionais por meio de zelo, confiança e apoio em mecanismos de mediação coletiva. Imagens contrastantes entre excelência e precariedade indicam tensão desfavorável a valores e crenças comuns.

**Palavras-chave:** Assistência à saúde. Trabalho em equipe. Subjetividade e gestão. Qualidade em saúde.

<sup>(a)</sup> Departamento de Gestão Hospitalar, Ministério da Saúde. Rua México, 128, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 20031-142. juliana.backes@nerj.rj.saude.gov.br  
<sup>(b)</sup> Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. creuza@ensp.fiocruz.br

## Introdução

O tema da qualidade do cuidado nos hospitais tem assumido um papel cada vez maior na agenda dos gestores, dos profissionais de saúde e dos usuários. Na última década, temas como a integralidade da assistência, a produção do cuidado, o trabalho em equipe, o acolhimento e humanização dos serviços de saúde vêm ocupando uma posição de crescente destaque nas discussões setoriais no país<sup>1-4</sup>.

A multiprofissionalidade, como um trabalho plural em seus olhares, saberes e práticas sobre a saúde, busca proporcionar um cuidado mais integral e resolutivo às necessidades de saúde dos usuários<sup>5</sup> e, ao mesmo tempo, configurar-se como estratégia de integração e coordenação do trabalho<sup>6-8</sup>.

O presente artigo volta-se para o trabalho em equipe em uma organização hospitalar, tendo com *locus* de pesquisa um CTI-Pediátrico, e analisa parte dos resultados de pesquisa desenvolvida no âmbito do mestrado em Saúde Pública<sup>9</sup>. O estudo desenvolveu dois eixos de análise, buscando examinar: (i) a organização, a coordenação do cuidado e a cooperação entre os profissionais em seus processos de trabalho; (ii) os sentidos do trabalho para a equipe e os caminhos para construção de um projeto assistencial comum.

A justificativa para o estudo fundamenta-se então na compreensão do trabalho em equipe como dispositivo que favorece e articula a produção do cuidado no espaço hospitalar e que é parte dos desafios da gestão e da qualificação da assistência à saúde.

Discutimos o trabalho em equipe articulando os modos de gestão e organização do trabalho que implicam em maior ou menor grau a equipe em seu fazer coletivo, natureza relacional, interativa e intersubjetiva que caracteriza o trabalho em saúde<sup>9</sup>.

Foram centrais na nossa pesquisa autores que propõem a reconstrução do traço artesanal do trabalho clínico, a centralidade dos sujeitos no trabalho em saúde, e, assim, o reconhecimento da mobilização subjetiva dos trabalhadores, questão central para a qualidade do trabalho em saúde. Tal compreensão aponta para o delicado processo de coordenação do cuidado no hospital e para a construção da cogestão, sendo centrais a autonomia dos trabalhadores e sua capacidade irredutível de produção de sentidos e de criatividade<sup>2,3,8-11</sup>.

A abordagem teórica adotada na pesquisa buscou então um diálogo do campo da Saúde Coletiva, por meio da literatura que reconhece os aspectos microssociais e aponta caminhos para a construção de práticas de gestão coletiva, com autores de diferentes abordagens psicossociais que têm em comum o apoio na teoria psicanalítica e o reconhecimento do papel dos sujeitos. Alguns conceitos da Psicodinâmica do Trabalho, desenvolvida por Christophe Dejours<sup>12,13</sup>, foram destacados para a compreensão do trabalho assistencial, especialmente os de trabalho de prescrito e o real do trabalho, ajuste e engenhosidade do trabalhador. Foi central a perspectiva da psicossociologia francesa, representada especialmente por Eugène Enriquez<sup>14,15</sup>. Este enfoque lança as bases para compreender o fenômeno organizacional para além de um sistema racional de produção de bens e serviços, considerando-o como uma realidade viva, lugar onde os sujeitos vivem seus desejos de afiliação<sup>10,16</sup>. Com isso, destaca-se o papel dos sujeitos e a posição que ocupam nas organizações, não apenas em bases objetivas e funcionais, mas também pela via imaginária<sup>10,16</sup>. A psicossociologia se constitui como uma perspectiva clínica de pesquisa na qual é central a questão da produção de sentido dos sujeitos e seus efeitos na relação com o trabalho<sup>10</sup>.

## Metodologia

Para compreender a realidade das práticas cotidianas da equipe de saúde, investigamos o CTI-Pediátrico de um hospital geral da rede pública, referência na assistência de média e alta complexidade, situado em município da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro.

Este estudo se inseriu na pesquisa Avaliação de Experiências Inovadoras no Âmbito da Organização e Gestão da Atenção em Hospitais do SUS<sup>17</sup>. A primeira etapa da pesquisa baseou-se na busca ativa de experiências nos hospitais do SUS de todo o país, com cem ou mais leitos, por meio de inquérito eletrônico, gerando um banco de dados com 239 hospitais. Dessa forma, a seleção da unidade



hospitalar estudada decorreu da análise do banco de dados da pesquisa e da eleição de uma unidade hospitalar e de um setor de cuidados com iniciativas relevantes no âmbito da qualidade da assistência hospitalar. A presente investigação buscou, por meio de estudo de caso e por uma perspectiva de avaliação qualitativa em profundidade, analisar a singularidade dos processos organizacionais voltando-se particularmente para o tema da gestão do cuidado e do trabalho em equipe em hospitais no SUS.

A investigação de campo foi realizada de setembro a dezembro de 2011, compreendendo entre suas estratégias: a observação participante de cenas assistenciais e reuniões; e entrevistas em profundidade. No total, foram realizadas 24 entrevistas com profissionais que pertenciam à equipe do CTI havia pelo menos um ano, sendo incluída a chefia do setor e a coordenação de enfermagem, médicos plantonistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeuta e psicóloga. A seleção dos sujeitos participantes das entrevistas seguiu dois critérios: (i) ser profissional de saúde vinculado ao serviço e estar envolvido diretamente no trabalho em equipe, o que incluiu profissionais com formação de nível superior e médio, com exceção dos profissionais em formação; (ii) pertencer à equipe da unidade hospitalar há pelo menos um ano, buscando maior possibilidade de reflexão e narrativa sobre as práticas cotidianas no serviço.

É importante destacar que a pesquisa seguiu os princípios éticos e as condições para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos conforme estabelecido na *Declaração de Helsinki* (1989) e na *Resolução nº 196/96* do Conselho Nacional de Saúde.

## Resultados e discussão

### A organização do trabalho no CTI-Pediátrico

O CTI (ou Unidade de Terapia Intensiva – UTI) surgiu na década de 1940, nos Estados Unidos, sendo criado para concentrar três componentes: pacientes em situação crítica ou limite, recursos tecnológicos mais caros e de última geração e profissionais altamente especializados para oferecer assistência a esses pacientes e para lidar com essa aparelhagem específica<sup>18</sup>.

O setor estudado possui 11 leitos, sendo dois destes de isolamento. A dinâmica de trabalho do CTI-Pediátrico está organizada centralmente no regime de plantão de 24 horas. O plantão é composto por três a quatro médicos plantonistas, dois enfermeiros plantonistas, cinco técnicos de enfermagem e um fisioterapeuta. No dia a dia da unidade, outros profissionais compõem o setor, como o médico da rotina, a chefia do setor, a coordenadora da enfermagem, técnicos de RX e os pareceristas, que são os especialistas médicos e demais profissionais de saúde, como os da psicologia e da fonoaudiologia. No CTI, circulam cerca de cem profissionais por mês.

A organização em plantões estrutura o trabalho no setor, mas, sobretudo, dá sentido à vivência do trabalho em equipe para os profissionais. Desse modo, a cada plantão uma subequipe atua no setor. Não raro a expressão “eu posso falar pelo plantão de hoje, não trabalho nos outros dias da semana” aparecia no relato de profissionais.

Ao entrar no ambiente intensivista, o aparato tecnológico é algo que chama a atenção. Os equipamentos que realizam a medicação (bombas infusoras) e monitoram os parâmetros vitais emitem luzes e alarmes sonoros 24 horas sem parar. Embora os alarmes sonoros sejam ouvidos ao longo de um dia inteiro de trabalho, os profissionais não podem naturalizá-los. Ao ouvir um som diferente ou que se estenda, surge alguém perguntando “de onde vem esse som? Tem alguém mexendo no leito X?”.

Se o CTI-Pediátrico é um lugar no qual predominam a organização racional e prescrita do trabalho<sup>12</sup>, ao mesmo tempo é central a vivacidade do trabalho, a manutenção de um estado constante de intensa atenção e concentração por parte dos profissionais. Se para detectar um ruído diferente é imprescindível certa contenção e discrição do ambiente, a atenção e a concentração são estados que não atingimos por estarem prescritos, e sim por estarmos vivamente comprometidos com o trabalho.

Ao lado dos equipamentos, outro elemento que marca a dinâmica do trabalho em equipe no setor é a realização de rotinas. O período da manhã é o mais intenso. Talvez seja possível dizer que a

primeira rotina no setor seja a passagem de plantão que acontece por categorias profissionais. Nos dias de semana, há uma reunião de equipe, coordenada pelo médico da rotina, denominada *round*, na qual se discute o estado clínico de cada paciente internado.

A rotina da enfermagem começa com a divisão de trabalho entre as enfermeiras. Uma enfermeira fica responsável pela preparação da medicação prescrita a todos os pacientes. Essa atividade requer concentração para manipular dosagens adequadas ao peso e a medicação certa a cada criança. A outra enfermeira permanece no “salão” e é a responsável por organizar o trabalho dos técnicos de enfermagem que se realiza a partir da vinculação aos leitos. A divisão do trabalho desses profissionais, feita por leito, e não por atividades, segue concepções de organização do trabalho originadas na literatura internacional relativa à melhoria da qualidade e segurança do paciente buscando aumentar a responsabilização dos profissionais pela atenção ao paciente<sup>19</sup> e responde também às propostas da Clínica Ampliada da Política de Humanização<sup>1</sup> que buscam a construção do processo de trabalho centrado no paciente.

À primeira vista, a rotina dos técnicos de enfermagem destaca-se pelo trabalho repetitivo e metódico: banhos, troca de lençóis, troca de curativos, verificação de sinais vitais, alimentação, medicação em horários predeterminados e a realização de balanço hídrico de três em três horas. Embora a rotina do técnico expresse a dimensão prescrita do trabalho<sup>12,13</sup>, ou seja, os preceitos estruturantes de qualquer organização, a vivacidade deste trabalho que exige atenção no monitoramento do quadro clínico está longe de se restringir à protocolização das tarefas, expressando que os sujeitos sempre aportam elementos subjetivos às práticas de trabalho, conformando o real do trabalho<sup>12</sup>. Assim, as rotinas, os protocolos e o aparato tecnológico são instrumentos da assistência, mas, ao mesmo tempo, conformam-se como elementos que são estruturantes para o trabalho no setor.

### O *round*

Nas reflexões sobre as organizações e o trabalho em saúde, autores do campo da saúde coletiva dão relevância aos encontros regulares da equipe para discutir casos, acordar linhas de intervenção e estabelecer os projetos assistenciais comuns<sup>20,21</sup>. Esses encontros regulares são arranjos organizacionais que partem do reconhecimento de que as ações de saúde não se articulam por si só, espontaneamente, simplesmente porque os trabalhadores compartilham a mesma situação de trabalho e a mesma clientela, mas entendem que, para obter uma equipe integrada, na qual haja a articulação dos profissionais, faz-se necessário colocar em evidência as conexões existentes entre as intervenções realizadas<sup>5</sup>; reconhecer e respeitar as diferenças e especificidades de saberes e práticas de cada profissional<sup>6</sup>; ou ainda, considerar a dimensão intersubjetiva presente nas organizações de saúde<sup>10,16</sup> e seus efeitos no reconhecimento do outro como um integrante e interlocutor no trabalho em equipe.

No CTI-Pediátrico estudado, as reuniões para a discussão dos casos atendidos são chamadas de *round*. Durante essa reunião, os médicos trocam informações sobre os dados clínicos colhidos em exames, constroem hipóteses diagnósticas, discutem que tipo de procedimento fazer, se há necessidade de parecer de especialista, elaboram, sob a ótica médica, um plano terapêutico individualizado e, por vezes, discutem até que ponto a equipe irá investir em cada caso. Ou seja, o *round* é o momento de tomada de decisão que tem implicações sobre o futuro dos pacientes. Todas as decisões tomadas ficam registradas em um livro que é preenchido pelo médico da rotina.

Além dos médicos plantonistas e o da rotina, participavam da reunião a chefia do setor, o fisioterapeuta, por vezes, algum especialista médico e, mais pontualmente, a enfermagem.

Embora o *round* tenha regularidade e seja aberto à participação dos profissionais, raros foram os momentos que os profissionais de outras categorias intervinham espontaneamente. Ainda que as reuniões se caracterizem mais precisamente por discussões da clínica médica, não verificamos questionamentos por parte dos profissionais não médicos acerca do *round*: “Tudo que é acordado no *round* depois chamam a gente e já vão passando os procedimentos que vão ter que ser feitos, se tem algum exame, se vai ter uma alta porque já tem outra criança para entrar (enfermeira)”.

O *round* parece se configurar como uma rotina do setor cuja função primeira é coordenar o trabalho dos médicos, conforme observa um deles:

“A reunião é para isso: dar diretrizes. A gente como plantonista tenta ver se se encaixa naquele caminho, se vai ter que tomar um atalho (porque) as coisas não vão se manter do jeito que planejaram. A função delas (chefia e médica da rotina) é praticamente dar um planejamento para nós. Às vezes, a gente se sente bastante perdido sem o planejamento”.

De toda forma, se a elaboração do plano terapêutico envolve uma subequipe, a dos médicos, a implementação e a execução das ações assistenciais são tarefas que incluem o conjunto de profissionais que compõe a equipe. A possibilidade de introduzir alterações no projeto terapêutico é dependente de algumas ações realizadas periodicamente por enfermeiros e técnicos de enfermagem, pois monitoram sinais vitais e o estado clínico de maneira geral, sinalizando aos médicos informações para a tomada de decisão.

O modelo de organização e gestão do trabalho cotidiano adotado no CTI-Pediátrico se aproxima de mecanismos de coordenação que se apoiam nas categorias profissionais<sup>8</sup>. Esta lógica engendra dispositivos de coordenação do trabalho da equipe a partir da articulação dos diversos trabalhos especializados realizados por cada subequipe, a médica, a da enfermagem e a da fisioterapia. Com isto, vai se tornando evidente que o trabalho técnico no CTI-Pediátrico está verticalmente hierarquizado e que, embora haja certa interdependência dos trabalhos especializados, há também uma fragmentação no trabalho da equipe, aproximando à descrição de Peduzzi de ‘equipe agrupamento’<sup>6</sup>.

Ainda que o *round* não se mostre enquanto espaço favorecedor de uma dinâmica interdisciplinar e de integração da equipe do CTI, por outro lado, também não é somente um momento instrumental em que são estabelecidas as condutas terapêuticas dos pacientes assistidos.

O relato de outro médico nos dá pistas quanto ao papel do plano terapêutico estabelecido no *round*: “[...] o *round* vai para o espaço em duas ou três horas (se) a criança evolui mal. [...] A grande maioria é isso, criança grave não respeita planejamento”. De fato, a gravidade dos casos assistidos e a imprevisibilidade da evolução clínica dos pacientes dão uma configuração fugaz ao *round* e ao plano terapêutico individualizado. Nesse sentido, um movimento paradoxal foi por nós identificado: embora se reconheça a fugacidade do planejamento terapêutico estabelecido no *round*, as discussões e as trocas estabelecidas são relevantes e se fazem necessárias aos profissionais por justamente exercer uma função subjetiva e inconsciente de continência e metabolização para seus membros<sup>22</sup> e assim de apoio psicossocial ao complexo trabalho de cuidado. As discussões no *round* são fundamentais primeiramente aos médicos, devido ao suporte na tomada de decisão no cotidiano de trabalho no CTI-Pediátrico, mas também dão segurança aos demais profissionais que compartilham os cuidados estabelecidos na decisão tomada.

Compreendemos o *round* e o plano terapêutico individualizado não só como expressão do potencial técnico dos médicos, mas como espaço de mediação intersubjetiva, de exercício de uma função intermediária<sup>23</sup> e de ligação dos profissionais à organização e ao trabalho. Podemos supor então que nesse espaço protegido se constrói coletivamente não apenas uma conduta terapêutica, mas a partir da leitura psicossociológica das organizações<sup>14,15</sup>, compreendemos que tal dispositivo propicia, sobretudo, os investimentos psíquicos e imaginários<sup>15,16,24</sup> que sustentam a adesão dos profissionais ao trabalho e seus vínculos subjetivos com o setor.

### **A cooperação possível nas brechas do trabalho prescrito**

O desafio ao discutir os mecanismos de coordenação do trabalho da equipe do CTI-pediátrico não se limita aos modos como o setor estrutura suas rotinas e as dinâmicas de funcionamento. Às margens do “trabalho prescrito”<sup>12,13</sup>, é possível notar outros elementos que compõem o processo de trabalho da equipe do CTI-Pediátrico.

Os acordos e ajustes são mecanismos presentes no cotidiano da equipe. Ainda que eles pareçam algo simples por fazerem parte do cotidiano dos profissionais, são mecanismos que favorecem a troca entre os membros da equipe e a articulação dos trabalhos especializados desenvolvidos por cada um. Para que os ajustes sejam elementos aceitos e partilhados pela equipe, eles devem ter por base o estabelecimento de relações de confiança. A confiança é da ordem do sensível e do campo primitivo

e inconsciente da experiência e se instaura a partir de uma condição subjetiva e internalizada pelos sujeitos, com base em sua própria capacidade normativa e na partilha de uma experiência com o outro<sup>12,25</sup>.

Uma técnica de enfermagem destaca a criação de uma “escala” que, embora simples, garante a ela segurança na administração correta de nebulizações. Essa escala aponta a engenhosidade e o zelo que a profissional tem na assistência aos pacientes do setor<sup>12</sup>. “Uma criança tem prescrita nebulizações alternadas [...] aí eu faço um papelzinho, a minha escalinha. [...] Às vezes eu não posso fazer, aí fisioterapeuta fala: ‘já fiz e já chequei’. Não vai faltar de fazer”.

O que Dejours<sup>12</sup> compreende como engenhosidade e ajustes diz respeito ao real do trabalho e às possibilidades de o trabalhador descobrir, criar e inovar modos de atuar na organização do trabalho<sup>13</sup> a partir das interpretações que faz do que está prescrito no trabalho, mas também das experimentações sobre o trabalho. Nesse mesmo sentido, Barros e Barros<sup>26</sup> discutem que o real do trabalho da equipe de saúde se dá como plano de coengendramento, em que trabalhadores e o processo de produzir se constituem nos/pelos encontros realizados e operados nas situações cotidianas do serviço. Para as autoras, a experiência de trabalhar é, para cada trabalhador, expressão do que ele vive de forma singular e, ao mesmo tempo, daquilo que o trabalhador vivência coletivamente na gestão dos processos de trabalho. Aqui é importante o destaque à ressonância entre o plano do sujeito e do coletivo e, assim, às articulações psicossociais<sup>10,16</sup>.

Reconhecemos na dinâmica de trabalho da equipe do CTI-Pediátrico novamente aqui o estabelecimento de paradoxos, compreendidos a partir da leitura psicanalítica de Donald Winnicott, como coexistência de funções subjetivas e pensamentos, aparentemente distintos ou contraditórios<sup>22</sup>. No estudo do CTI, a racionalização e prescrição do processo de trabalho embora necessárias e importantes, não deixam de demandar e nem dispensam a contribuição subjetiva e o caráter criativo da ação do trabalhador<sup>12,13</sup>. O que nos chamou atenção no caso da escala criada pela técnica de enfermagem foi que a engenhosidade, o investimento singular da trabalhadora levou a um novo instrumento normativo, ou poderíamos dizer, a um novo elemento de padronização do trabalho, com a instituição de um novo mecanismo de controle do processo de trabalho que favoreceu sua prática e de outros colegas. Assim, podemos supor que é necessário atravessar polaridades na explicação dos processos de cuidado e seguir com um olhar mais complexo no qual racionalidade instrumental e intersubjetividade se entrecruzam.

Na leitura de Dejours<sup>12,13</sup> e de Barros e Barros<sup>26</sup>, podemos perceber o destaque desses autores à temática da criatividade no trabalho em saúde. Miranda<sup>27</sup>, ao considerar a criatividade no contexto das organizações de saúde, apoia-se na compreensão de Winnicott e ressalta o papel da confiança como condição para que os profissionais possam compartilhar, experimentar e exprimir um modo de trabalho mais criativo, espontâneo e singular. Para a autora, a confiança na dinâmica organizacional e nas equipes pode favorecer a experiência da transicionalidade – o trânsito entre o mundo interno do sujeito, marcado por seus desejos e fantasias, e a realidade externa, com os objetivos e propósitos organizacionais – e, desta forma, pode vir a favorecer a construção de espaços abertos para acolher os impasses e imprevistos, como também de elaboração de projetos para o seu enfrentamento criativo.

No CTI-Pediátrico estudado, os momentos de agravamento ou de emergência reajustam o trabalho em equipe de modo a engendrar processos de trabalho mais cooperativos entre os profissionais. Uma expressão bastante comum entre os profissionais é “quando o bicho pega todo mundo tem que chegar junto”. Esses momentos parecem se configurar em imprevistos, em situações delicadas que apontam para a capacidade de um trabalho comum e de um enfrentamento coletivo.

Uma médica relata uma situação ocorrida no plantão, à noite, quando três crianças tiveram paradas cardiorrespiratórias, mas havia apenas dois médicos plantonistas. Para a terceira criança, o suporte foi dado pelos profissionais da enfermagem sob a coordenação dos médicos: “Chegou uma hora que parou três crianças ao mesmo tempo. Um dos médicos estava em uma, eu na outra, e a outra parando. Eu falava (para a enfermagem): ‘Gente, faz isso, faz aquilo’”. (médica)

O episódio parece nos indicar que os alicerces do trabalho cooperativo estão nas relações de confiança estabelecidas entre os profissionais. A segurança de poder contar com o outro, embora imprescindível no trabalho em equipe, requer constante construção.

Em ambientes como o CTI-Pediátrico, observamos então outra condição paradoxal ao considerarmos a temática da cooperação entre os profissionais. Se na base da cooperação está a confiança entre os profissionais, elemento intersubjetivo essencial, contudo, esta é uma condição sempre precária, e em nosso estudo vimos que se apoia e requer uma construção que se faz tanto no compartilhamento de rotinas e protocolos preestabelecidos e repetidos como na capacidade de a equipe dar respostas improvisadas “quando o bicho pega”. A possibilidade de desenvolver um trabalho mais cooperativo se faz então no compartilhamento de uma história de trabalho comum, escrita pela vivência individual e coletiva de articulação dos elementos técnicos estruturantes e de inventividade e espontaneidade que permitem que a confiança venha a emergir entre os profissionais da equipe.

Enfim, vimos que os ajustes, os acordos e a engenhosidade estão presentes no trabalho do CTI-Pediátrico e favorecem a cooperação entre os profissionais e a coordenação dos trabalhos especializados. Se no item anterior vimos que o cenário assistencial do trabalho em equipe se estruturava tendo por base a lógica corporativa e a hierarquização dos trabalhos técnicos, embora sejam estes elementos importantes na organização do trabalho no setor, não são os únicos. Na realidade, em alguns momentos, vimos que a “equipe é agrupamento”, em outros, que ela é uma “equipe integração”<sup>6</sup>; ora a fragmentação e a lógica das categorias profissionais estruturam o trabalho em equipe do setor, ora a equipe é capaz de engendrar processos cooperativos, ajustes, acordos internos. O trabalho em equipe no setor estudado é complexo e nos leva a reconhecer os elementos paradoxais e contraditórios que estruturam o processo de trabalho nele e também o quanto essa dinâmica produz efeitos no modo como os sujeitos são capazes de assistir e cuidar.

### O projeto comum e a dimensão imaginária no CTI-Pediátrico

Um outro caminho de análise do trabalho em equipe no setor foi nos interrogarmos sobre a sua dinâmica grupal. Segundo a compreensão da psicossociologia francesa<sup>14</sup>, é a existência de um projeto comum que constitui o grupo. O projeto comum supõe um sistema de valores interiorizados e compartilhados pelo conjunto dos membros do grupo, devendo apoiar-se em alguma representação coletiva ou no imaginário social comum. O imaginário social seria “uma certa maneira de representar para nós aquilo que somos, o que queremos ser, o que queremos fazer em que tipo de sociedade e de organização desejamos intervir ou existir”<sup>14</sup> (p. 57). Todavia é fundamental que tais representações sejam não apenas intelectualmente pensadas, mas também afetivamente sentidas<sup>14</sup>. O imaginário social ou organizacional funcionaria como um sistema de interpretação, de produção de sentido que surge na interação entre os sujeitos<sup>24</sup>.

Nos interrogamos até que ponto o próprio CTI-Pediátrico teve por base a constituição de um projeto comum entre os profissionais. Na realidade, considerar a existência de um projeto comum no setor é examinar se são constituídas e partilhadas representações e imagens que favoreçam identificações e construção de sentido para as práticas assistenciais.

A história do CTI-Pediátrico é marcada não somente pelas inúmeras dificuldades em dispor de profissionais, equipamentos e materiais adequados ao cuidado, mas o próprio serviço surge como fruto do desejo e luta de alguns profissionais por desenvolver este tipo de assistência em um hospital relativamente novo.

Posteriormente, a partir de 2007, o hospital passa a investir em processos de melhoria das práticas assistenciais seguindo a perspectiva da Acreditação Hospitalar<sup>4</sup>, vindo a ser destacados temas como a segurança do paciente, padronização de processos e a qualificação da assistência. Essa abordagem à qualidade encontra então ancoragem no CTI-Pediátrico e vem a apoiar no setor o que denominamos como imaginário da qualidade e da excelência.

Surgem imagens de potência: “O CTI-Pediátrico funciona. Se chegar um paciente grave todos vão ficar em cima, seja a hora que for. [...] aqui faz a diferença, a gente intervém e pode ter outro desfecho. E muito por causa da equipe”. A satisfação pela qualidade e resultados alcançados propicia o imaginário da excelência indicando que a experiência de trabalhar no CTI-Pediátrico tem sentido para os profissionais:



“Adoro isso aqui, é uma cachaça. Eu estava em outro lugar, [...] voltei há 2 anos. [...] Eu estou aqui porque gosto mesmo. Se eu estivesse fora daqui eu estaria ganhando muito dinheiro. [...] Academicamente, aqui dá um retorno absurdo que nenhum outro lugar vai te dar em termos de material humano. São 11 leitos, uma gama diversa de doenças que você não vai achar em nenhum lugar, e além do ambiente de trabalho ser maravilhoso”. (médica)

Trabalhamos com a hipótese que o imaginário da qualidade e da excelência do CTI-Pediátrico é sustentado pelos profissionais numa espécie de contrato narcísico<sup>23</sup>. Para Kaës, a noção de contrato narcísico se apoia nos enunciados de Freud a respeito do narcisismo, particularmente, no reconhecimento de um duplo *status* do indivíduo. De um lado, o narcisismo assegura a continuidade dos investimentos do indivíduo sobre si mesmo. De outro lado, cada indivíduo ocupa um lugar no grupo e, portanto, é investido narcisicamente como portador da continuidade do conjunto social. Assim, compreendemos que existe uma dupla função no imaginário da excelência do CTI – assegura ao profissional seu valor e, ao mesmo tempo, reforça as capacidades existentes no grupo. O contrato narcísico vem assegurar a transmissão dos valores, ideais e crenças que fundaram o CTI-Pediátrico como um projeto comum. Desse modo, o imaginário da qualidade e da excelência reforça o vínculo dos profissionais com o serviço e com o trabalho, atende aos seus desejos de potência e de reconhecimento de suas capacidades.

Outras imagens sobre o CTI-Pediátrico também ganham relevo no relato dos profissionais. Em particular, na visão dos profissionais da enfermagem, a falta de profissionais, somada à intensa rotatividade de pacientes, e o aumento de volume de trabalho constituem imagens de um “trabalho pesado”, “puxado”. Para uma técnica de enfermagem: “O trabalho aqui no CTI é bom, mas poderia ser melhor em termos de assistência [...] O paciente do CTI-Pediátrico tem muito detalhe e, por ter pouca gente (da enfermagem), é muito trabalho, fica pesado.”

A partir de imagens como essa, consideramos a constituição de outro imaginário no CTI, o da contingência, que expressa certa fragilidade das identificações imaginárias de potência e de qualidade da instituição.

As dificuldades dos profissionais em poder contribuir de maneira singular parecem fragilizar o trabalho, funcionando como barreira para ir além do prescrito.

“E a humanização? Não dá para humanizar com 11 leitos e 3 técnicos. Às vezes eu saio daqui e não sei o nome da criança que cuidei. Só sei que dei a medicação, troquei os curativos, fiz todos os cuidados. [...] O mais importante do nosso trabalho que era conhecer a mãe, a criança, perguntar o que aconteceu, porque às vezes elas soltam coisas para a gente que não soltam para os médicos. Contam coisas que, de repente, são importantes no diagnóstico da criança, mas não se tem tempo para isso”. (enfermeira)

Por outro lado, se a sobrecarga de trabalho torna-se corriqueira, pode funcionar como obstáculo ao investimento psíquico no trabalho, conformando-se uma experiência marcada pela operacionalidade. Nesse contexto de compressão do tempo, caso os profissionais só possam focar o presente imediato, pode-se produzir efeitos negativos sobre as suas capacidades futuras de investimento subjetivo e crença<sup>24</sup>.

As imagens cunhadas sobre o CTI indicam a presença de representações que contrastam o imaginário da qualidade/excelência e o imaginário da contingência. Essas imagens além de nos indicar que as significações sobre o setor não são partilhadas pelos vários grupos de profissionais que compõem o serviço, apontam que essa situação é fonte de sofrimento, particularmente para a enfermagem. O imaginário da contingência tem por base as precariedades, as falhas e as dificuldades do trabalho no setor e, sobretudo, é expressão das dificuldades do setor e do hospital em responder às angústias que se apresentam aos profissionais de enfermagem.

A presença de imagens polares sobre o setor indica uma tensão desfavorável à experiência de equipe e expressa também que o CTI-Pediátrico, enquanto projeto ‘comum’ capaz de sustentar



valores, ideais e crenças a serem compartilhados pelo grupo, não tem alcance a todos da equipe, mas, talvez de modo mais significativo, apenas a uma subequipe, a de médicos.

Fazendo um balanço, podemos supor que os exemplos de engenhosidade, de zelo, de responsabilidade no trabalho assistencial e de preocupação com qualidade que se apresentaram no processo de produção do cuidado são elementos que nos dão pistas para pensar que há investimentos imaginários que sustentam, ainda que com falhas, uma aderência dos profissionais ao trabalho no CTI.

## Considerações finais

Ao iniciarmos este artigo, apontamos que a unidade intensiva surge com o propósito de conservar a vida de pacientes graves, e, diante dessa demanda, o serviço se organiza para intervir e assistir. No estudo, vimos que o CTI-Pediátrico se estrutura em elementos do trabalho técnico e prescritivo – rotinas, protocolos, tecnologias, entre outros. Todavia, “estar organizado” para atender a essa demanda não se esgota em ter ou não condições materiais, tecnológicas ou de pessoal, embora seja inquestionável sua importância para produzir cuidado. Na investigação, pudemos considerar elementos intersubjetivos e seus efeitos no modo como a equipe do CTI-Pediátrico se “organiza” para coordenar os processos de trabalho, compartilha imagens (e afetos) sobre o trabalho realizado no setor, bem como sobre as possibilidades de cooperação e solidariedade entre os profissionais.

Nesse contexto, vimos que a vivência de equipe se estruturava ora tendo por base a lógica das categorias profissionais e sob domínio de uma fragmentação do processo de trabalho; ora sendo capaz de engendrar processos cooperativos, acordos e ajustes. O valor do *round* e do plano terapêutico individualizado estão para além de coordenar objetivamente o trabalho, mas indicam que é no partilhar as experiências de trabalho que uma construção coletiva do CTI se faz possível.

Para além das rotinas e protocolos preestabelecidos, a cooperação tem por base a confiança e o compartilhamento de uma história de trabalho comum escrita pela vivência individual e coletiva de articulação de elementos técnicos à espontaneidade e inventividade. Nesse sentido, entendemos como desafio para gestão do cuidado a constituição de momentos-encontros regulares como uma base para que o grupo possa sonhar um futuro conjunto, recriar coletivamente a crença quanto à excelência e qualidade do serviço.

### Colaboradores

Juliana Cristina Backes e Creuza da Silva Azevedo foram responsáveis pela concepção da pesquisa, discussão dos resultados, redação e revisão do artigo. A primeira autora realizou a pesquisa empírica que gerou sua dissertação de mestrado.

### Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília (DF): Secretaria Executiva, Ministério da Saúde; 2004.
2. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
3. Campos GWS. Saúde Paideia. São Paulo: Hucitec; 2003.
4. Azevedo CS, Sá MC, Miranda L, Graboys V. Caminhos da organização e gestão do cuidado em Saúde no âmbito hospitalar brasileiro. *Polít Plan Gest.* 2010; 1(1):1-34.

5. Gomes R, Pinheiro R, Guizardi, FL. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ, Abrasco; 2005. p. 105-16.
6. Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2007. p. 161-78.
7. Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(22):239-55.
8. Cecilio LCO, Merhy, EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Abrasco; 2003. p. 197-210.
9. Backes J. Paradoxos do trabalho em equipe em um CTI-pediátrico: entre procedimentos, sofrimento e o cuidado [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
10. Azevedo CS, Sá MC, organizadores. Subjetividade, gestão e cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.
11. Campos GW. Co-gestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2337-44.
12. Dejours C. Addendum. In: Lancman S, Sznelwar LI, organizadores. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004. p. 47-104.
13. Dejours C. Sexualidade e trabalho. *Trabalho vivo*: Tomo I. Brasília (DF): Paralelo 15; 2012.
14. Enriquez E. O vínculo grupal. In: Machado MNM, Castro EM, Araújo JNG, Roedel S, organizadores. Psicossociologia: análise social e intervenção. Belo Horizonte: Autêntica; 2001. p. 61-74.
15. Enriquez E. A teoria freudiana e sua contribuição ao estudo das organizações: os diferentes níveis (ou instâncias) da análise das organizações. In: Enriquez E, organizador. Organização em análise. Petrópolis: Vozes; 1997. p. 11-133.
16. Sá MC, Azevedo CS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2345-54.
17. Sá MC, Azevedo C, Miranda L, Grabojs V, Oliveira SP, Matta G, et al. Avaliação de experiências inovadoras no âmbito da organização e gestão da atenção em hospitais do SUS. Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2012.
18. Menezes RA. Dífceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI. *Physis*. 2000; 10(2):27-49.
19. Conway J, Johnson B, Edgman-Levintan S, Schlucter J, Ford D, Sodomka P, et al. Partnering with patients and families to design a patient - and family - centered health care system: a roadmap for the future – a work in progress [Internet] Bethesda: Institute for patient and family centered care; 2006 [acesso 1 Out 2011]. Disponível em: <http://www.ipfcc.org/pdf/Roadmap.pdf>
20. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de Saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab Educ Saude*. 2011; 9 Supl 1:85-112.

21. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):399-407.
22. Figueiredo LC, organizador. Cuidado e saúde: uma visão integrada. São Paulo: Escuta; 2014. Cuidado, saúde e cultura: trabalhos psíquicos e criatividade na situação analisante; p. 9-29.
23. Kaës R. Os espaços comuns e partilhados: transmissão e negatividade. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005.
24. Azevedo CS. A dimensão imaginária e intersubjetiva das organizações de saúde: implicações para o trabalho gerencial e para a mudança organizacional. *Cien Saude Colet*. 2010; 15 Supl 1:977-86.
25. Figueiredo LC, organizador. As diversas faces do cuidar: novos ensaios de psicanálise contemporânea. São Paulo: Escuta; 2009. Confiança: a experiência de confiar na clínica e na cultura; p. 71-99.
26. Barros MEB, Barros RB. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB, organizadores. Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesc, Abrasco; 2007. p. 75-84.
27. Miranda L. Criatividade e trabalho em Saúde: contribuições da teoria winnicottiana. In: Azevedo CS, Sá MC, organizadores. Subjetividade, gestão e cuidado em Saúde: abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 89-117.

Backes JC, Azevedo CS. Las paradojas del trabajo en equipo en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos: explorando las articulaciones psicosociales en el trabajo de salud. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):77-87.

El artículo se centra en un trabajo en equipo investigado a la luz de los procesos inter-subjetivos. Una encuesta realizada en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI-Pediátrica) de un hospital en el estado Río de Janeiro, Brasil, adoptó dos ejes de análisis: la organización de la asistencia y la cooperación entre los profesionales; los significados del trabajo y los caminos para un proyecto asistencial común. El enfoque teórico considera la naturaleza inter-subjetiva del trabajo en equipo y dialoga con enfoques psicosociales de base psicoanalítica. El trabajo de campo se llevó a cabo en septiembre-diciembre 2011, incluyendo observación participante y entrevistas con 24 profesionales. La racionalización del proceso de trabajo estuvo asociada al aporte subjetivo de profesionales, que se expresa por mecanismos de mediación colectiva caracterizados por el celo y la confianza. El contraste entre imágenes de excelencia y precariedad indican tensión desfavorable a los valores y convicciones comunes.

*Palabras clave:* Atención de salud. Subjetividad y gestión. Trabajo en equipo. Calidad de Salud.

Submetido em 06/01/16. Aprovado em 22/04/16.



# O Pet-Redes como transformador das práticas profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial

Larissa de Almeida Rézio<sup>(a)</sup>

Daniele Aparecida Fernandes Caetano<sup>(b)</sup>

Flávio Adriano Borges<sup>(c)</sup>

Cinira Magali Fortuna<sup>(d)</sup>

Rézio LA, Caetano DAF, Borges FA, Fortuna CM. The PET-Networks as transformer of practices of a Psychosocial Care Center. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):89-98.

This paper sought to analyze the contributions of PET-Networks in the activities developed by professionals at a Psychosocial Care Center (CAPS). It was a descriptive, exploratory study with a qualitative approach conducted with health professionals of a CAPS of a municipality in the state of Mato Grosso. Data were collected through semi-structured interviews, analyzed according to thematic analysis. Two categories were constructed: *Family of insertion as comprehensive care strategy in CAPS: PET-RAPS contributions* and *The PET-Networks such care improvements inducer through development and training for SUS*. It was concluded that the PET-Networks students have contributed to the expansion of health care, with the inclusion of the family in this process and that the actions taken have allowed professional development, leading to the improvement of mental health care assistance and self-development.

**Keywords:** Mental health services. Health services. Inservice education. Public policy. PET-Health.

Este artigo buscou analisar as contribuições do PET-Redes nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Foi um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, realizado com profissionais de saúde de um CAPS de um município do Estado do Mato-Grosso. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas, analisadas segundo a análise temática. Foram construídas duas categorias: *Inserção dos familiares como estratégia de cuidado integral no CAPS: contribuições do PET-RAPS* e *O PET-Redes como indutor de melhorias do cuidado por meio do aperfeiçoamento e formação profissional para o SUS*. Concluiu-se que os estudantes do PET-Redes têm contribuído para a ampliação do cuidado em saúde, com a inclusão da família nesse processo e que as ações realizadas têm possibilitado o aperfeiçoamento profissional, levando à melhoria da assistência em saúde mental e da própria formação.

**Palavras-chave:** Centros de Atenção Psicossocial. Serviços de Saúde. Educação Continuada. Política pública. PET-Saúde.

<sup>(a)</sup> Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Mato Grosso. Av. Fernando Corrêa da Costa, nº 2367, Bairro Boa Esperança. Cuiabá, MT, Brasil. 78060-900. larissarezio@usp.br

<sup>(b)</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Campo Verde. Campo Verde, MT, Brasil. daniafc18@gmail.com

<sup>(c)</sup> Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EE/USP). Ribeirão Preto, SP, Brasil. flavioborges@usp.br

<sup>(d)</sup> Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública, EE/USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. fortuna@eerp.usp.br

## Introdução

É recente o direcionamento da atenção por diversos países em torno dos desafios que as atuais mudanças da sociedade têm colocado aos serviços de saúde. Tal fato tem gerado um processo de reflexão em relação à formação dos profissionais que atuam e/ou atuarão nesses serviços<sup>1,2</sup>.

O Ministério da Saúde vem adotando, há algum tempo, estratégias em prol da articulação da aprendizagem dos cursos da área da saúde ao cotidiano do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um processo de contextualizar o ensino, visando formar profissionais que atuem de acordo com as necessidades de saúde da população, fortalecendo as políticas públicas do país e o Sistema Nacional de Saúde<sup>3</sup>.

Uma dessas estratégias é o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) que consiste em um dos instrumentos que visa a aproximação de diferentes atores de diversas profissões, proporcionando estágios e vivências contextualizados ao SUS, tendo-o como suporte e cenário de prática e direcionados às necessidades de saúde da população<sup>4</sup>.

Ele possui o intuito de gerar desterritorializações, ou seja, desestabilizar aquilo que se encontra sedimentado nos processos de formação em saúde<sup>5</sup>, tendo o SUS como parametrizador nesse processo. Visa, ainda, a adoção de estratégias de ensino-aprendizagem problematizadoras, ancoradas na busca de sentido de inserção crítica na realidade, com o intuito de retirar dela elementos que proporcionarão significado e direção à própria aprendizagem, parte do pressuposto da interlocução entre o saber científico e o saber popular, por meio da experiência multiprofissional, almejando o alcance da educação interprofissional<sup>6</sup>.

Consiste em um programa criado com o intuito de induzir mudanças na perspectiva de um novo processo de formação em saúde, norteado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN). Ele encoraja a desvinculação do movimento tendencioso de formar profissionais isolados e independentes, por meio do trânsito destes em uma prática de trabalho colaborativa e integrada aos serviços públicos de saúde<sup>7,8</sup>. Assim, ao mesmo tempo em que induz formação contextualizada com a prática profissional, também é capaz de proporcionar processo de reestruturação na forma como a atenção à saúde tem sido prestada.

Nesse contexto, foi criado o PET-Redes de Atenção à Saúde, com a mesma perspectiva do PET-Saúde, no que concerne à formação do estudante e ao aperfeiçoamento do profissional de saúde. Contudo, também possibilita o desenvolvimento de intervenções junto à população nos diversos pontos de assistência, visando conhecer o contexto e suas necessidades, tornando-as fonte de produção, conhecimento e pesquisa nas instituições de ensino<sup>9</sup>.

Além disso, o PET-Redes de Atenção à Saúde possui o diferencial de vislumbrar a inserção dos estudantes junto às Redes de Atenção à Saúde (RAS), que consistem em um processo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que são integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, em prol a garantia da integralidade do cuidado. Sua implantação vislumbra maior eficácia na produção de saúde, além da melhoria na eficiência da gestão do sistema de saúde, contribuindo para o avanço da efetivação do SUS<sup>10</sup>.

Dentre as diversas RAS criadas, com o objetivo explicitado anteriormente, tem-se a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que visa atender à política de saúde mental vigente, indo ao encontro da diminuição progressiva dos leitos psiquiátricos e a criação de serviços substitutivos à internação, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Esses serviços são elementos estratégicos na constituição da RAPS, colocando-os como o principal articulador dessa rede e possibilitando interlocuções com os demais pontos de atenção que a compõem<sup>11</sup>.

Como articuladores da RAPS, os CAPS devem estar em espaço de convívio público, resgatar as potencialidades dos recursos comunitários (família, escola, trabalho, igreja, associações etc.), oferecendo cuidado ampliado à saúde, tornando-se a porta de entrada preferencial para a volta das pessoas em sofrimento psíquico ao convívio social<sup>12</sup>. São classificados em CAPS I, II, III, álcool e drogas e infantil, de acordo com o modo de funcionamento, quantidade de profissionais na composição da equipe de trabalho e a população adscrita<sup>11</sup>.



Tem-se como pressuposto que esses profissionais trabalhem configurando uma equipe multiprofissional, visando o cuidado interdisciplinar, consistindo em um dos fundamentos essenciais para a efetivação do processo de ressocialização da pessoa em sofrimento psíquico e para que ocorra o cuidado à saúde de maneira integral. Porém, os profissionais não têm sido preparados para o desenvolvimento do trabalho em equipe por obra do processo de formação uniprofissional e centrado na doença e não no indivíduo, além da formação descontextualizada da prática, refletindo em fragilidades na assistência e dificuldades na integração profissional e insegurança ao direcionar o cuidado ao usuário<sup>6,8,13</sup>.

A partir disso, foi desenvolvido no CAPS II, de um município mato-grossense, o PET-Redes de Atenção Psicossocial (PET-RAPS), enquanto potencializador de ponto de atenção da rede psicossocial, buscando qualificar a assistência, o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde e propiciar aos estudantes formação contextualizada, inserindo-os no serviço de saúde e possibilitando vivências e desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo acerca de sua prática acadêmica.

Considerando o PET enquanto um programa que dá importância à qualificação da assistência e indução de ensino que se faça por meio da prática, buscou-se desenvolver este trabalho. Sua relevância está no fato de dar visibilidade às potencialidades do dispositivo PET e às dificuldades enfrentadas pelos profissionais no desenvolvimento do cuidado em saúde mental. Nesse sentido, foi elaborado este estudo que teve por objetivo analisar as contribuições do PET-Redes nas atividades desenvolvidas pelos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial.

## Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, realizado em um CAPS II de um município do Estado do Mato Grosso.

Optou-se pelo desenvolvimento desse tipo de estudo pela natureza do objeto e do tema da investigação que são os PET-RAPS, em seu desenvolvimento junto aos trabalhadores de um CAPS. Esse tipo de desenho busca os significados, valores, motivos e atitudes envolvendo a temática, conferindo a possibilidade de compreender os processos, fenômenos e as relações que não podem ser traduzidos em variáveis<sup>14</sup>.

A escolha do serviço se deu pelo fato desse serviço estar vinculado ao PET-Redes de Atenção Psicossocial, desenvolvendo atividades de extensão e pesquisa com usuários, familiares e profissionais.

O CAPS II em questão é um serviço de atenção psicossocial, inaugurado em 2 de dezembro de 2002, e se constitui referência para todo o município, por ser esse o único CAPS específico para transtornos mentais. Seu quadro de funcionários é composto por psicólogos, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, educadores físicos, instrutores de artesanato, técnico administrativo, cozinheira e vigia. As atividades propostas nesse serviço são grupos, oficinas terapêuticas, grupos de convivência, atenção às situações de crise e acompanhamento de usuários em sofrimento psíquico. O PET-RAPS esteve inserido no CAPS por dois anos, com o objetivo de integrar o serviço ao ensino e à comunidade.

Consentiram em participar desta pesquisa 8 profissionais do CAPS II, sendo que todos os trabalhadores do serviço, em efetivo exercício há, pelo menos, três meses, foram convidados a participar da pesquisa, sendo que esse período foi estabelecido levando em consideração o momento de início das atividades do PET-RAPS no CAPS. E como critério de exclusão, o fato de se encontrar(em) em período de férias e/ou licença saúde/maternidade durante a coleta de dados.

Para o desenvolvimento desta pesquisa, foi solicitada autorização da Secretaria Municipal de Saúde e, posteriormente, foi submetido o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Julio Muller (HUJM), da Universidade Federal de Mato Grosso. A coleta de dados somente teve início após a aprovação do projeto.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas no período de 17 a 22 de janeiro de 2014, cujo instrumento norteador apresentou, como aspecto central, a obtenção

de informações acerca das contribuições do PET-RAPS para o conhecimento dos profissionais, para a prática assistencial e para os usuários e familiares. As entrevistas perpassaram pelas atividades desenvolvidas pelos estudantes em conjunto com a equipe multiprofissional, pelo reconhecimento da diferença proporcionada pela inserção dos mesmos no serviço e pelos vínculos estabelecidos.

Como técnica de análise dos dados, empregou-se a análise temática. Essa se divide em três etapas: 1) pré-análise e leitura flutuante das transcrições das entrevistas, obtidas a partir da leitura atenta do material colhido; 2) identificação dos núcleos de compreensão do texto e 3) identificação dos temas que, posteriormente, deram origem às categorias. Por fim, realizou-se o tratamento dos dados, interpretando os achados, relacionando-os às produções científicas análogas à temática<sup>14</sup>.

As entrevistas foram gravadas somente após a anuência do entrevistado e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em conformidade com a Resolução nº466/2012. Elas foram transcritas na íntegra para, posteriormente, serem analisadas. Com o objetivo de manter o anonimato dos participantes, esses foram identificados como E1, E2, E3 até E8, em seus fragmentos de fala.

## Resultados e discussão

A partir das oito entrevistas realizadas, foi possível identificar algumas contribuições do PET-RAPS que compuseram duas categorias: 1) Inserção dos familiares como estratégia de cuidado integral no CAPS: contribuições do PET-RAPS e 2) O PET-Redes como indutor de melhorias do cuidado por meio do aperfeiçoamento e formação profissional para o SUS.

### **Inserção dos familiares como estratégia de cuidado integral no CAPS: contribuições do PET-RAPS**

A inserção dos estudantes, na realidade do CAPS em questão, possibilitou evidenciar a pouca participação dos familiares no cuidado às pessoas em sofrimento psíquico. Eles investiram em estratégias que pudessem possibilitar e estimular a participação das famílias no cuidado dos seus, como pode ser observado por meio de alguns relatos.

“Agora a gente consegue trazer mais familiares pra dentro do CAPS” (E3)

“Antes a gente não sabia como fazer. Hoje nós procuramos, quando o familiar do paciente chega aqui, dar um bom acolhimento pra ele”. (E5)

A família possui grande influência sobre a vida do usuário e incluí-la no cuidado consiste em um dos desafios do trabalho desenvolvido no CAPS. Pesquisa realizada em uma cidade do Nordeste do Brasil aponta que uma das dificuldades existentes no cuidado da pessoa em sofrimento psíquico consiste em fazer com que a família colabore nesse processo<sup>15</sup>.

Contudo, não cabe apenas à família o exercício dessa função, sendo relevante apontar para a necessidade de estabelecer corresponsabilização entre trabalhadores de saúde, usuário, serviços e família<sup>16,17</sup>, vislumbrando a potencialização da capacidade dos usuários ao enfrentarem os problemas apresentados em seu cotidiano, almejando sua reinserção na sociedade e, conseqüentemente, diminuindo os efeitos deletérios causados pelo sofrimento psíquico<sup>16</sup>.

Mediante esse contexto e por meio da parceria estabelecida entre os profissionais do CAPS e os estudantes do PET-RAPS, foi criado o grupo terapêutico que contava com a participação dos familiares e que possuía, em primeira instância, a meta de aproximá-los do planejamento do cuidado do seu membro em sofrimento psíquico. Contudo, tal grupo configurou-se também, em uma instância de apoio aos familiares, podendo ser evidenciado por meio dos relatos.

“Hoje a gente tem uma procura maior dos familiares aqui, querendo saber mais sobre o tratamento [...] Foi criado o grupo de família, tiveram algumas intervenções no projeto terapêutico individual dos usuários, inclusive, envolvendo os familiares”. (E1)

“Agora dá para perceber quando elas (famílias) também estão esgotadas [...] precisando de suporte”. (E7)

Quando um membro da família apresenta algum tipo de sofrimento, seja ele físico ou psíquico, todo o contexto familiar é afetado, fato que ocorre porque a família é constituinte da vida do sujeito. Sendo assim, as experiências causadas por qualquer tipo de sofrimento psíquico passam a influenciar também a vida dos familiares<sup>18</sup>.

Uma das funções da família no cuidado de seu membro em sofrimento psíquico consiste em auxiliá-lo no estabelecimento de vínculos e reconstrução de valores e expectativas. Quando a família é inserida no planejamento do cuidado realizado no CAPS, é incorporada ao projeto terapêutico dos usuários<sup>11</sup>, visando, inclusive, o cuidado dela em conjunto<sup>18</sup>. Tal fato, faz com que o cuidado não seja direcionado apenas à pessoa em sofrimento psíquico, mas, também, ao seu núcleo social, podendo ter grande influência no processo de recuperação do usuário do CAPS.

Entende-se como sendo de responsabilidade dos CAPS a orientação e acolhimento ao familiar, visando estabelecer relação de cuidado também com esses sujeitos, voltando-se à escuta de suas sensações, trabalhando além das questões vinculadas ao usuário do serviço de saúde, mas, também a do seu cuidador<sup>17-19</sup>, visto que muitos deles relatam o sentimento de perda de sua rotina habitual e da prática de atividades sociais por causa dos cuidados requeridos pelo familiar em sofrimento psíquico<sup>20</sup>.

Tal proposição caminha na direção dos princípios do SUS, sobretudo o da integralidade que consiste na atenção à saúde centrada em uma visão do sujeito de maneira integral, ou seja, um sujeito que se encontra inserido em um espaço físico, em um contexto psicossocial e político e não somente portador de uma “doença” ou de sinais e sintomas. Portanto, presume-se que tal abordagem deva ocorrer não somente aos portadores de sofrimento psíquico, mas a todos os cidadãos brasileiros que, de uma forma ou de outra, se utilizam do SUS.

### **O PET-Redes como indutor de melhorias do cuidado por meio do aperfeiçoamento e formação profissional para o SUS**

Além de proporcionar a ampliação do cuidado em saúde, o PET-RAPS proporcionou aos profissionais desse CAPS o aperfeiçoamento de suas práticas, a partir das fragilidades apresentadas e vivenciadas na assistência prestada no cotidiano, ou seja, a presença dos estudantes no serviço de saúde potencializou o aprimoramento dos profissionais no cuidado em saúde mental.

É possível observar, por meio dos relatos, a atuação dos estudantes enquanto provocadores de mudanças, contribuindo para o aperfeiçoamento profissional e possibilitando rever a dicotomia entre teoria e prática, passando a serem vistos enquanto parceiros críticos do serviço de saúde.

“E com outras pessoas entrando, elas têm outro olhar [...] outras pessoas de fora trazem uma nova visão [...] Eles acabam ajudando a gente a refletir [...] a gente tem se atualizado muito e corrido atrás porque os alunos querem saber [...] eles (estudantes) provocam a gente”. (E3)

“Eles (estudantes) nos ajudam com a teoria e a gente ajuda eles (estudantes) mostrando a nossa prática [...] é uma troca, sabe?”. (E2)

“Porque são coisas que a gente aprende na faculdade... aprende em capacitações, mas aí, no decorrer da rotina, você acaba não dando tanta importância. Aí o PET ajuda a retomar [...] porque a gente acaba esquecendo as coisas”. (E7)

O estudante, no cotidiano dos serviços de saúde, acaba atuando enquanto um dispositivo de Educação Permanente em Saúde (EPS), ou seja, ele desencadeia um processo de aprendizagem, a partir do contexto e das experiências proporcionadas pelo trabalho em saúde, com vistas à análise e à reflexão coletivas<sup>21</sup>.

Parte-se da imprevisibilidade existente no cotidiano dos serviços de saúde e que é difícil de ser solucionada por meio de formações pontuais que sigam uma lógica pré-determinada e protocolar, pois o processo de cuidar em saúde se dá a partir da interação, no atendimento às demandas que são plurais (quando se remete aos territórios em saúde), mas que também são singulares (quando se refere ao cuidado individual) e que são extremamente complexas de serem sanadas por meio de cursos ou oficinas<sup>22</sup>.

Esses mesmos estudantes geradores de transformação foram encorajados, por meio da articulação com seus professores, preceptores/profissionais do serviço, e a partir de uma necessidade apontada pela equipe, a incitar a garantia de reuniões quinzenais com os trabalhadores do CAPS, com o objetivo de estabelecer um momento formal, onde o profissional possa retomar suas reflexões, discuti-las, compartilhá-las em equipe, realizando análise crítica de sua própria prática e do processo de trabalho no CAPS. Alguns relatos explicitam essas contribuições:

“(A reunião)... está sendo bastante interessante e muito rica e que vem trabalhando em cima do que a gente vive durante o dia a dia da nossa realidade... das nossas dificuldades”. (E1)

“No meu conhecimento sim... serviu pra mim porque... eu sou administrativo eu não faço grupo, nem acolhimento, mas na abordagem ao usuário melhorou bastante [...] eu consigo usar o que conversamos (nas reuniões)nas minhas atividades de administrativo”. (E4)

“Aprendi como atender o paciente, o que é acolhimento [...] isso tudo foi passado por eles (estudantes) minuciosamente”. (E5)

Evidencia-se a contribuição dos estudantes enquanto catalisadores do processo de aperfeiçoamento dos profissionais do serviço em questão, valendo lembrar que esses profissionais possuem, em sua maioria, formação tradicional, bancária e pouco contextualizada à realidade do SUS.

O ensino oferecido, ainda hoje, nas graduações dos cursos da área da saúde e a forma como as estruturas curriculares da maioria desses cursos se encontram é insuficiente para proporcionar conhecimento contextualizado, sobretudo prático, necessário para o exercício profissional<sup>8,23</sup>. Esse tipo de formação, pouco problematizadora e incapaz de colocar o sujeito enquanto protagonista na construção do seu próprio saber pode fazer com que ele, no futuro, não busque por novos conhecimentos e contente-se apenas com sua formação inicial.

Alguns estudos têm apontado para o fato da inconsistente formação de enfermeiros e médicos no que tange à saúde mental. Tal fato contribui para a dificuldade em efetivar os princípios da Reforma Psiquiátrica no cotidiano dos serviços, pois esse também depende do quanto esse conhecimento tem sido apropriado pelos estudantes<sup>24,25</sup>.

A experiência com o PET-RAPS coloca em evidência o potencial que esse projeto possui no sentido de possibilitar aprendizagem pautada no contexto, ou seja, na realidade e necessidades dos serviços de saúde públicos. Os estudantes passam a fazer parte da equipe, desenvolvendo suas atividades, emitindo opiniões e auxiliando no cuidado com os usuários da unidade, o que pode ser evidenciado por meio dos relatos, a seguir.

“Na minha época a gente não tinha a oportunidade de ir nas unidades de saúde. A gente aprendia tudo e depois chegava para trabalhar [...] era bem difícil porque a gente não conhecia de verdade”. (E1)

“Tem Petianos de vários cursos, e cada um com sua contribuição, seja na área de nutrição, psicologia, serviço social, enfermagem... cada um trás sua contribuição [...] e a gente ajuda eles também”. (E2)

“Eles (estudantes) têm a oportunidade de trabalhar antes de serem profissionais [...] dá pra saber se gostam mesmo ou se não gostam e a gente dá o suporte para eles, né?”. (E5)

Os estudantes e futuros profissionais são inseridos nos serviços de saúde precocemente e vão se integrando, o que lhes permite o desenvolvimento de diversas atividades que lhes proporcionam vivência real e ampliação da criticidade sobre a prática assistencial, aproximando-os da realidade concreta do SUS<sup>(4)</sup>. Além disso, eles são responsáveis por desencadear processos extremamente relevantes para que existam trocas, interação e comunicação, despertando o profissional para o trabalho em equipe<sup>18,26</sup>.

A presença dos estudantes no CAPS tem possibilitado a efetivação da articulação do ensino ao serviço de saúde municipal. Tal fato tem garantido o exercício de reciprocidade no que tange ao aperfeiçoamento profissional e à formação de estudantes da área de saúde. Constata-se que ambas as ações vêm acontecendo dialogicamente, ou seja, ao mesmo tempo em que têm provocado o aperfeiçoamento dos profissionais de saúde, também têm possibilitado formação contextualizada aos estudantes dos diversos cursos envolvidos no PET-RAPS, aproximando-os dos princípios da aprendizagem emancipatória e problematizadora<sup>23</sup>.

## Considerações finais

Para que o modelo de atenção psicossocial seja substitutivo ao modelo médico psiquiátrico, o profissional deve ter oportunidade de reflexão sobre o objeto, instrumento e finalidade do seu processo de trabalho, direcionando seu cuidado para o usuário em sofrimento psíquico inserido em seu contexto, proporcionando-lhe possibilidades de reinserção social e construção de autonomia.

Nesse sentido, identifica-se que o PET-RAPS tem proporcionado ampliação do olhar por parte dos profissionais no cuidado em saúde mental, trazendo a família para a composição e reflexão do projeto terapêutico singular dos usuários, além de atribuir atenção à saúde a esses familiares que exercem função de cuidadores no âmbito domiciliar.

Outra contribuição, também identificada por meio das atividades desenvolvidas pelo PET-RAPS, consiste na oportunidade ofertada aos profissionais de saúde do CAPS de reflexão sobre o trabalho, alcançado por meio da inserção dos estudantes no serviço e fortalecendo, conseqüentemente, a integração do ensino ao serviço de saúde local.

As experiências apreendidas por meio do contato dos estudantes com o serviço de saúde têm possibilitado um processo recíproco de formação, de maneira coerente, contextualizada, problematizadora, crítica e reflexiva tanto deles próprios quanto dos profissionais de saúde. Nesse sentido, cabe ressaltar o quanto as atividades desenvolvidas pelos estudantes vinculados ao PET-RAPS têm favorecido para que esse processo aconteça com efetividade.

Sendo assim, este estudo coloca em evidência a necessidade de inserção precoce dos estudantes nos serviços públicos de saúde, em prol da aprendizagem contextualizada. As atuais formações universitárias em saúde possuem a fragilidade de não dar o enfoque necessário ao PET-RAPS enquanto potencializador de rede de atenção psicossocial.

Assim, aponta-se para a necessidade de outras produções que retratem potencialidades e limites de formação contextualizada, problematizadora e emancipatória, compreendendo o meio científico enquanto grande promotor de mudanças estruturais na academia, ainda fortemente vinculada a estratégias tradicionais de ensino-aprendizagem.

### Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

### Agradecimentos

Ao CNPq (processo 306190/2014-1), à FAPEMAT - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Mato Grosso (edital 004/2015 Doutorado fora do estado) e à CAPES-PROEX, bolsa de doutorado, pelos apoios financeiros.

### Referências

1. Stiqler FL, Duvivier RJ, Weggemans M, Salzer HFJ. Health professionals for the 21st century: a students' view. *Lancet*. 2010; 376(9756):1877-8.
2. Horton R. A new epoch for health professionals' education. *Lancet*. 2010; 376(9756):1875-7.
3. Batista CB. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. *Barbaroi*. 2013; (38):97-125.
4. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. *Diário Oficial da União*. 26 Ago 2008.
5. Deleuze G, Guatarri F. *O que é filosofia*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1992.
6. Freitas PH, Colomé JS, Carpes AD, Backes DS, Beck CLC. Repercussões do pet saúde na formação de estudantes da área da saúde. *Rev Esc Anna Nery [Internet]*. 2013 [acesso 8 Jul 2015]; 17(3):496-504. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n3/1414-8145-ean-17-03-0496.pdf>
7. Pereira IDF, Lages I. Diretrizes curriculares para a formação de profissionais de saúde: competências ou práxis? *Trab Educ Saude [Internet]*. 2013 [acesso 8 Jul 2015]; 11(2):319-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n2/a04v11n2.pdf>
8. Peduzzi M, Norman IJ, Germani ACCG, Silva JAM, Souza GC. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 2013 [acesso 8 Jul 2015]; 47(4):977-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-4-0977.pdf>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Edital PET-Saúde/Redes de Atenção 2013/2015. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013.
10. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. As Redes de Atenção à Saúde [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [acesso 8 Jul 2015]. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_ras.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_ras.php)
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011.
12. Amarante P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
13. Costa MV, Borges FA. O Propet frente aos desafios do processo de formação profissional em saúde. *Interface (Botucatu) [Internet]*. 2015 [acesso 24 Nov 2015]; 19 Supl:753-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v19s1/1807-5762-icse-19-s1-0753.pdf>



14. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
15. Firmo AAM, Jorge MSB. Experiências dos cuidadores de pessoas com adoecimento psíquico em face à reforma psiquiátrica: produção do cuidado, autonomia, empoderamento e resolubilidade. Saude Soc [Internet]. 2015 [acesso 24 Nov 2015]; 24(1):217-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0217.pdf>
16. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promogração da saúde mental – tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Cienc Saude Colet [Internet]. 2011 [acesso 17 Feb 2016]; 16(7):3051-60. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/05.pdf>
17. Kebbe LM, Rôse LBR, Fiorati RC, Carretta RYD. Cuidando do familiar com transtorno mental: desafios percebidos pelos cuidadores sobre as tarefas de cuidar. Saude Debate [Internet]. 2014 [acesso 18 Feb 2016]; 38(102):494-505. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n102/0103-1104-sdeb-38-102-0494.pdf>
18. Souza WF, Ferreira SJ. Saúde mental e família: alguns apontamentos conceituais a partir de uma experiência de campo. Polys [Internet]. 2014 [acesso 14 Jul 2015]; 3(2):25-55. Disponível em: <http://revistapolys.mauriciodenassau.edu.br/index.php/RP/article/view/50>
19. Tabeleão VP, Tomasi E, Quevedo LÁ. Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados. Rev Psiq Clin [Internet]. 2014 [acesso 17 Jul 2016]; 41(3):63-6. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rpc/v41n3/pt\\_0101-6083-rpc-41-3-0063.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rpc/v41n3/pt_0101-6083-rpc-41-3-0063.pdf)
20. Stein CH, Aguirre R, Hunt MG. Social networks and personal loss among young adults with mental illness and their parents: a family perspective. Psychiatr Rehabil J [Internet]. 2013 [acesso 18 Feb 2016]; 36(1):15-21. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23477645>
21. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu) [Internet]. 2005 [acesso 15 Jul 2015]; 9(16):161-77. Disponível em: <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>
22. Eps em movimento. Educação e trabalho em saúde: a importância do saber da experiência [Internet]. 2014 [acesso 15 Jul 2015]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/educacao-e-trabalho-em-saude-a-importancia-do-saber-da-experiencia>
23. Fonsêca GS, Junqueira SR, Zilbovicius C, Araújo ME. Educação pelo trabalho: reorientando a formação de profissionais da saúde. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [acesso 14 Jul 2015]; 18(50):571-83. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n50/1807-5762-icse-1807-576220130598.pdf>
24. Rodrigues WO, Mourão LC. The institutionalization of teaching of psychosocial care in medicine: an institutional socio-clinical study. Online Braz J Nurs [Internet]. 2013 Oct [acesso 15 Jul 2015]; 12 Suppl:755-7. Disponível em: [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4526/html\\_2](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4526/html_2)
25. Rodrigues J, Santos SMA, Zeferino MT, Tosoli M. Integrative review about the teaching of the nursing care in mental health. J Res Fundam Care [Internet]. 2014 [acesso 15 Jul 2015]; 6(1):433-49. Disponível em: [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2650/pdf\\_1109](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2650/pdf_1109)
26. Bispo EPF, Tavares CHF, Tomaz JMT. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na saúde da família. Interface (Botucatu) [Internet]. 2014 [acesso 14 Jul 2015]; 18(49):337-50. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-1807-576220130158.pdf>

Rézio LA, Caetano DAF, Borges FA, Fortuna CM. El Pet-Redes como transformador de prácticas de Centro de Atención Psicosocial. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(60):89-98.

Este artículo pretende analizar las contribuciones del PET-Redes en las actividades desarrolladas por profesionales en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Estudio descriptivo, exploratorio con enfoque cualitativo realizado con profesionales de un CAPS en un municipio del estado de Mato Grosso. Fueron recolectados datos a través de entrevistas semiestructuradas, analizadas de acuerdo con análisis temático. Dos categorías se construyeron: La inserción de la familia como estrategia de atención integral en el CAPS: contribuciones PET-RAPS y El PET-Redes tales mejoras de atención inductor a través del desarrollo y la capacitación para el SUS. Los estudiantes del PET-Redes han contribuido a la expansión de la atención de la salud, con la inclusión de la familia y las medidas adoptadas han permitido el desarrollo profesional, lo que lleva a la mejora de la atención en salud mental y de la propia formación.

*Palabras clave:* Servicios de Salud Mental. Servicios de Salud. Educación continuada. Política pública. PET salud.

Submetido em 01/03/16. Aprovado em 23/04/16.

# Mutações biopolíticas e discursos sobre o normal:

## atualizações foucaultianas na era biotecnológica

Paula Gaudenzi<sup>(a)</sup>

Gaudenzi P. Biopolitical mutations and discourses about normality: foucaultian actualizations in the biotechnological age. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):99-110.

The proposal of this paper is to point out contemporary biopolitical mutations induced especially by the increasing usage of (bio)technologies. We can observe a growing movement of patterns of collective articulation, related to risk management and to the production of individual and collective identities guided by corporeal models as well. A new biomedical subjectivity is being constituted. New forms of responsibility – mainly genetic – are at stake. In a society where power technology becomes increasingly centered in life management, the normalization of bodies and behaviors seem to be inevitable. However, we can also observe the usage of bodily technologies that subvert the “corporeal consciousness” and demonstrate the complexity of defining, in a rigid way, the borderline between the normal and the pathological.

**Keywords:** Biopower. Biopolitics. Biotechnology. Normal. Pathological.

A proposta desse artigo é apontar mutações biopolíticas contemporâneas provocadas, sobretudo, pelo uso cada vez mais frequente de (bio)tecnologias. Observamos um movimento crescente de formas de articulação coletiva para gestão de riscos e de formação de identidades individuais e coletivas pautadas em referentes corporais. Uma nova subjetividade biomédica se constitui e novas formas de responsabilidade – especialmente, genética – estão em jogo. Em uma sociedade em que a tecnologia de poder é centrada na gestão da vida, a normalização dos corpos e comportamentos parece inevitável. Mas vemos, também, o uso de tecnologias no corpo que subvertem a “coerência corporal” e evidenciam a complexidade de definir, de forma rígida, a fronteira entre normal e patológico.

**Palavras-chave:** Biopoder. Biopolítica. Bioecnologia. Normal. Patológico.

<sup>(a)</sup> Fundação Oswaldo Cruz, Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Av. Rui Barbosa, 716. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22250-020. paula.gaudenzi@iff.fiocruz.br

## Introdução

Nikolas Rose, sociólogo britânico de inspiração foucaultiana, vem nos alertando para uma forma emergente de vida em que os sujeitos compreendem a si mesmos a partir de sua constituição biológica, a qual passa a ser, cada vez mais, passível de manipulação. As “políticas da vida” sugerem que a própria vida se tornou objeto de contestação e disputa política, indicando as mutações biopolíticas contemporâneas.

Para pensar os fenômenos de saúde e doença e suas interfaces com a construção social da pessoa, do corpo e da subjetividade na contemporaneidade, é premente levar em consideração um novo léxico que comporta conceitos como: biocidadania, biossociabilidade, cidadania biológica, biolegitimidade, entre outros<sup>1-3</sup>. Tais conceitos, grosso modo, constituem uma gramática que visa lidar com a emergência de grupos de identidades individuais e coletivas na era das biotecnologias, ou das novas tecnologias sobre o corpo.

A discussão é vasta<sup>4-8</sup>. Interessa-nos, inicialmente, apontar que a biopolítica enquanto prática de otimização da qualidade biológica das populações, longe de ter sido extinta, ganhou novos e promissores contornos na era da biomedicina, da biotecnologia e da genômica. Rabinow e Rose<sup>9</sup> abordam a raça, a reprodução e a medicina genômica como elementos-chave que condensam algumas das linhas biopolíticas contemporâneas.

A raça, dizem, por meio de uma mirada molecular, está cada vez mais adentrando o domínio da verdade biológica. O manejo da reprodução a partir das novas tecnologias reprodutivas evidencia um conjunto de conexões entre o individual e o coletivo, o tecnológico e o político, e o legal e o ético. E a medicina genômica está intimamente atrelada a uma nova economia política denominada por Novas e Rose<sup>10</sup> de política da esperança. Para estes autores, tais elementos são indícios de um novo regime de biopoder em que se desenha uma nova configuração qualitativamente diferente de conhecimento, poder e subjetividade.

Preciado<sup>11</sup>, por sua vez, nos chama atenção para as tecnologias de “incorporação” que funcionam como inscrições de identidade. Refere-se, por exemplo, ao corpo *queer* como aquele que se rebela contra a construção de corpos normais e anormais, subvertendo normas de subjetivação vigentes. A autora enfatiza a necessidade de levar em consideração as novas tecnologias do corpo para a análise da performance de gênero proposta por Butler ou da biopolítica analisada por Foucault. Segundo Preciado<sup>11</sup>, os processos biotecnológicos e as incorporações protéticas redescrevem gêneros e performances naturais e não naturais. Esta diferenciação, diz, deve ser examinada à luz das novas tecnologias. A análise da gestão da vida na contemporaneidade, por sua vez, deve levar em consideração as ficções biopolíticas. É o caso dos hormônios, os quais são vistos pela autora como elementos biopolíticos que criam formações corporais e que recriam subjetividades.

Estes autores estão nos dizendo que, na era das biotecnologias, os efeitos da incorporação tecnológica são amplos e difusos. A tópica da interioridade psicológica é trazida por Novas e Rose<sup>10</sup> por meio do conceito de individualidade somática, mas também por Preciado<sup>11</sup> ao abordar as “novas subjetividades” passíveis de descrições a partir do uso da tecnologia. A dimensão política e social é evidente no trabalho desses autores. Preciado<sup>11</sup> enfatiza que processos políticos constroem certas performances como naturais e outras não, fazendo referência às tecnopolíticas de gênero. Rabinow e Rose<sup>1,9</sup> apresentam o campo de disputas políticas que emergem sobre o direito à vida, ao corpo e à saúde na era das tecnociências. Falam em uma *biopolítica da “própria” vida*.

Outros autores, sobretudo no campo de estudos da bioética, abordam as tecnologias de melhoramento, seja para proporcionar aparência de juventude e longevidade aos seres humanos, seja para aprimoramento moral e cognitivo. Fala-se em *bioaperfeiçoamento* para se referir ao aperfeiçoamento humano como resultado da matéria biotecnocientífica. As questões éticas envolvidas com a problemática são evidentes. O humano pode ser melhorado? O que é um humano melhor? Deixaríamos de ser humanos e nos tornaríamos super-humanos? E o humano “natural” deixaria de ser normal? Para Castiel<sup>12</sup>, pode-se tratar a questão a partir do referencial foucaultiano e, neste sentido, aponta-se um exacerbamento da dimensão biopolítica do cuidado de si e da governamentalidade na contemporaneidade.

Os estudos do campo dos *disability studies*, por sua vez, possuem alguns de seus desdobramentos teóricos intimamente imbricados com a problemática da biopolítica contemporânea e incitam a reflexão sobre as tecnologias que incidem sobre o corpo e que arbitram limites entre corpo, natureza, cultura, normal e anormal. Waldschmidt<sup>13</sup> aborda o diagnóstico e o aconselhamento genético – que “detectam” deficiências – como reflexos de formas de aproveitamento dos desejos de normalização, e aponta como a normalização, chamada de governamentalidade por Foucault, é parte integrante de uma nova forma de regime de si.

Considerando estas questões, o objetivo deste trabalho é analisar como, na era da biotecnologia, se expressam algumas formas atuais do poder sobre a vida e como podemos pensar os fenômenos de saúde e doença em suas interfaces com a construção social da pessoa, do corpo e da subjetividade na contemporaneidade. Abordaremos as mutações biopolíticas contemporâneas atentos para as incidências subjetivas e para as novidades que trazem para a problematização da normalidade em termos de normal e patológico.

### Biotecnologia e formas contemporâneas do Biopoder

O conceito de biopoder, cunhado por Michel Foucault<sup>14</sup>, pode ser compreendido como um conceito-chave para abordar a estatização da vida biologicamente considerada por meio das técnicas e das tecnologias do poder. Foucault aponta uma transformação dos mecanismos de poder no Ocidente a partir da época clássica, o qual se organiza em torno da vida, e não mais em torno da morte, como no antigo direito do soberano. O poder a partir do século XVIII, diz, se organiza sob duas formas principais interligadas: o poder *disciplinar*, que tem como objeto o corpo individual, e a *biopolítica* da população, que tem como objeto o corpo vivente, suporte de processos biológicos, como a natalidade, a mortalidade, as doenças infecciosas, entre outros<sup>15</sup>. A biopolítica tinha como objetivo a otimização da qualidade biológica das populações e estava historicamente vinculada: à constituição e ao fortalecimento do Estado Nacional, à afirmação da burguesia e à formação de um dispositivo médico-jurídico visando a medicalização e a normalização da sociedade<sup>14,16,17</sup>.

Foucault aludiu, portanto, a mecanismos de disciplinarização ou normalização do corpo individual e à regulação biopolítica da população no século XVIII, que operam na produção de corpos e subjetividades. Entendendo que as subjetividades da época eram analisadas de acordo com o pensamento ocidental moderno, parece-me interessante pensar como a biotecnologia pode contribuir para as experiências de subjetivação na atualidade.

Preocupado com as implicações socioculturais e políticas da nova genética e do projeto Genoma, Rabinow<sup>2</sup> faz uso do termo *biossociabilidade* para se referir a um novo tipo de “autoprodução” em que vemos a formação de novas identidades e práticas coletivas surgidas das verdades oriundas desse novo saber. Diferentemente do poder clássico analisado por Foucault, a biossociabilidade é constituída por grupos de interesses privados pautados em novos critérios de mérito e reconhecimento. As ações individuais se dirigem para a melhor forma física, mais longevidade, mais saúde<sup>18</sup>.

O artigo *O conceito de Biopoder Hoje*, de 2006, de Rabinow e Rose, e o livro *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power and Subjectivity in the Twenty First Century*, de 2007, de Rose, são referências importantes para a reflexão sobre as práticas atuais de gestão da vida<sup>19</sup>. Referindo-se à contemporaneidade como o “século biológico”, à maneira de Sydney Brenner<sup>19</sup>, os autores apontam, tomando como base seus trabalhos prévios, elementos que devem ser considerados nas análises (contemporâneas) do biopoder. São eles: (1) *discursos de verdade* sobre o caráter vital dos seres humanos reproduzidos pelos especialistas e que hibridizam estilos de diferentes disciplinas – o biológico e o sociológico no caso da linguagem da suscetibilidade que articula genômica e risco; (2) *estratégias de intervenção* em nome da vida e da morte sobre a existência coletiva, não mais restrita ao território, mas, também, em termos de coletividades biossociais – raça, gênero, etnicidade e religião, e, em termos de cidadania biológica ou genética; (3) “*modos de subjetivação* através dos quais os indivíduos são levados a atuar sobre si próprios, sob certas formas de autoridade, em relação a discursos de verdade, por meio de práticas do *self*, em nome de sua própria vida ou saúde, de sua família ou de alguma outra coletividade, ou, inclusive, em nome da vida ou saúde da população como um todo”<sup>9</sup> (p. 29).

No livro, Rose<sup>1</sup> aponta o nível molecular como o campo biopolítico de excelência, pois o corpo passa a ser inteligível e manipulável neste nível, e nossas relações – com nós mesmos e com os outros – são permeadas pela ideia de risco genético. O que está em causa é uma nova ética baseada numa subjetividade biomédica em que cada sujeito assume uma identidade genética em termos de gestão do risco, gerando novas obrigações e novas formas de “responsabilidade genética”.

Nesta seara, o termo “cidadania biológica” cunhado por Adriana Petryna é de grande relevância. Foi o termo utilizado para definir a situação socioeconômica e política da Ucrânia após o acidente nuclear de Chernobyl. Uma democracia emergente estava profundamente ligada a uma ruda economia de Mercado, e a “biologia danificada” de toda uma população constituía o terreno para a “participação social e a base para fazer valer os direitos dos cidadãos”<sup>20</sup> (p. 5). Petryna rastreia mutações na cidadania e o surgimento da cidadania biológica em uma paisagem social da corrupção generalizada e corrosão das categorias políticas e jurídicas. Nestas circunstâncias, os indivíduos negociam sua biologia danificada como uma forma de obter uma “pseudo-cidadania”, garantia de direitos humanos e compensações de mercado.

O conceito de cidadania biológica foi retomado por diversos pesquisadores e adaptado ao contexto das democracias liberais avançadas. Nikolas Rose e Carlos Novas propuseram uma definição geral, que inclui todos aqueles “projetos de cidadania que ligam as suas concepções de cidadãos a crenças sobre a existência biológica dos seres humanos, como indivíduos, como famílias e linhagens, como comunidades, como população, como raças e como espécie”<sup>1</sup> (p. 132).<sup>21</sup> Denominam de cidadania biológica um novo tipo de cidadania que surge na era da biomedicina, da biotecnologia e da genômica, dotando os sujeitos de uma identidade social cada vez mais pautada em predicados corporais.

Com a sua introdução descrevendo diversos movimentos sociais de saúde e ativismo biomédico nas democracias neoliberais, a cidadania biológica atinge uma apreciação positiva e, em alguns casos, um fascínio romântico que estava ausente no relato de Petryna. Ela catalisa mutações que se afastam da formulação marshalliana clássica da cidadania como um desenvolvimento progressivo dos direitos civis, políticos e sociais<sup>22</sup>. A cidadania biológica incorpora novas formas de ação coletiva e participação democrática, deslocando as fronteiras entre Estado e sociedade, privado e público, e, geralmente, é dotada de um potencial emancipatório para contestar a autoridade biomédica e reformular o papel dos cidadãos nos processos políticos.

Criam-se formas de sociabilidade cujos critérios de agrupamento são performances corporais, regras higiênicas e de saúde. Biosociabilidade e cidadania biológica são noções afinadas, pois ambas fazem referência a grupos de pessoas que redefinem suas identidades individuais e coletivas em torno de suas próprias doenças ou susceptibilidades, e de uma política coletiva de saúde<sup>23</sup>.

Interessante notar que a biopolítica contemporânea, intimamente relacionada com o avanço tecnocientífico, pode ser analisada como uma via de mão dupla. Grosso modo, podemos dizer que, de um lado, estão as reivindicações dos sujeitos sociais pela atenção do Estado por políticas públicas de saúde, as quais se dão a partir da assunção de uma identidade biológica compartilhada. A legitimidade da luta por reconhecimento social se assenta sobre o somático, o que Fassin<sup>24</sup> denomina de *biogitimidade*. Trata-se de um dispositivo contemporâneo de produção de direitos, de reconhecimento e de acesso a serviços por parte do Estado.

De outro lado, porém, vemos novas formas de “responsabilidade genética”, o que se apresenta como “o outro lado da moeda” em tempos de cidadania biológica. Formar cidadãos biológicos envolve, também, a criação de pessoas com determinado tipo de relação consigo mesmas. Indivíduos pertencentes às “comunidades biológicas” são afetados por obrigações específicas. Como refere Rose<sup>1</sup>, cada vez mais, está se formando uma cidadania ativa, na qual as próprias pessoas estão assumindo um papel dinâmico no aprimoramento do conhecimento científico acerca da sua doença atual, mas, também, de susceptibilidades e pressuposições.

Neste sentido, Castiel<sup>12</sup> nos alerta para estratégias biopolíticas contemporâneas que se ancoram na égide da hiperprevenção e funcionam por meio de enfoques preemptivos. O autor faz uso do termo “preemptivo” – usado em estratégias agressivas militares – para refletir sobre as tecnologias biopolíticas de prevenção, isto é, para apontar as estratégias, cada vez mais frequentes, de “intervir antes da ocorrência da ação”, de “agir-reagindo”; constituindo um verdadeiro ataque preventivo na tentativa de regulação de todos os aspectos da vida contemporânea.



Para Rose<sup>23</sup>, os discursos em torno do caráter preditivo da genética e a esperança de uma terapia preditiva se apresentam como elementos reorganizadores da existência, conformando o que Novas denomina de “economia política da esperança”. A apropriação do conhecimento biomédico oferece subsídios para uma melhor gestão do indivíduo sobre si, o qual, infundido de esperança, atua no presente orientado para o futuro. O engajamento dos sujeitos sociais é marcado por cidadãos cada vez mais conscientes e responsáveis pela gestão de suas vidas, cidadãos “típicos” de um contexto sociocultural e ideológico centrado na figura ideal do indivíduo livre, independente e responsável por si.

Importante apontar que críticos denunciam a cidadania biológica como uma forma particular de cidadania do consumidor, por ser uma “alternativa perigosa” à cidadania política e social tradicional, por representar a “comemoração do mercado e dos consumidores” e pôr em perigo a “democracia representativa e o bem-estar social”<sup>24</sup> (p. 1725). O corpo como marcador de novos regimes identitários pode ser analisado criticamente como a dissolução da política em políticas particulares que têm como consequência o esquecimento de ideais sociais mais abrangentes. Como refere Ortega<sup>15</sup>, é assim que se coloca Robert Castel ao apontar a dissolução do social como um dos efeitos do olhar biológico próprio da viragem biopolítica nas sociedades ocidentais. A crítica é relevante e assaz pertinente em tempos de socialização apolítica e de formações de grupos de interesses privados que visam se adaptar ao mercado de consumo,

Como refere Fassin<sup>25</sup>, a vida humana foi convertida no valor mais legítimo sobre o qual o mundo contemporâneo fundamenta o pensamento dos direitos humanos. O direito à vida, diz, ocupou um lugar central na economia geral dos direitos humanos, enquanto os direitos econômicos e sociais foram deixados para segundo plano. Para Ortega<sup>26</sup>, em seu turno, a biossociabilidade é uma ressignificação dos laços sociais fragilizados ou inexistentes e, neste sentido, o investimento no corpo é um modo de reconstruir o sentimento de pertencimento.

Veremos, agora, umas das consequências práticas da biopolítica, que é a instauração da norma. Certos usos das tecnologias no humano permitem aplicar uma distinção entre o normal e o patológico e impor um sistema de normalização dos corpos e dos comportamentos. Como diz Foucault<sup>16</sup> (p. 135), “uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida”. Mas o poder exercido enquanto norma deve enfrentar-se com os movimentos de questionamento da norma, conforme apresentaremos.

### As fronteiras do normal na era biotecnológica

A discussão sobre a linha divisória entre uma condição atípica considerada normal e uma condição que descrevemos como patológica assola filósofos, médicos, sociólogos e “pacientes” que, com base nesta diferenciação, conduzem ou defendem a condução da prática clínica e/ou social para lidar com a condição desviante de forma diametralmente oposta.

Canguihem<sup>27</sup>, médico e filósofo francês, mostra-nos que os conceitos não têm fronteiras, podendo se situar em diferentes ciências. O conceito de normal, por exemplo, pode ser analisado nos campos da fisiologia, da patologia, da clínica, da sociologia, da ética, entre outros; e, trabalhando os diferentes sentidos do termo – como média e como valor –, o autor ilustra que a fronteira entre normal e patológico ou entre saúde e doença é fluida.

Na atualidade, filósofos anglo-saxões do campo da filosofia da medicina continuam a empreitada e evidenciam que a questão da distinção entre normal e patológico se converteu em aquela da possibilidade de definir a saúde e a doença e de determinar um sentido geral para estes conceitos. O intuito é oferecer um critério de discriminação que permita compreender o significado do patológico e resolver as controvérsias oriundas de tal indefinição<sup>28</sup>.

No campo da sociologia ou da antropologia da medicina, a principal perspectiva adotada visa mostrar o elo inexorável entre doença e cultura, afirmando que o que entendemos como normal e patológico é resultado do repertório cultural disponível em cada sociedade e em cada época. Na contemporaneidade, a discussão toma novo fôlego com o uso cada vez mais frequente das “tecnologias de incorporação”. Estas, fragilizam a *higiene ontológica*<sup>29</sup> refletida nas dicotomias modernas positivistas que criam zonas ontológicas duramente diferenciadas, como aquelas entre: natureza-cultura, mulher-homem, normal-patológico, homem-máquina.

Denomino de tecnologias de incorporação aquelas tecnologias que são utilizadas no corpo e que podem se tornar parte dele, seja como objetos que são incorporados ao biológico, borrando a fronteira entre artefato e biologia, ou entre externo e interno; seja como objetos que são utilizados de tal forma que funcionam como inscrições de identidade. São eles: as próteses, os hormônios, os aparelhos auditivos, as cadeiras de rodas, “as tecnologias de melhoramento”, entre outros.

O uso de próteses, silicões e hormônios vem sendo extensamente abordado por autores que trabalham com o tema dos corpos transexuais ou do movimento *queer* como corpos performáticos<sup>30</sup> que desconstruem a ideia de corpos e identidades generificadas de acordo com o modelo dualista homem-mulher. Neste sentido, as tecnologias de incorporação são ferramentas – ou dispositivos – que desempenham um papel importante na constituição de novas subjetividades.

Para Preciado<sup>11</sup>, estas tecnologias são elementos biopolíticos que permitem a produção de novos corpos, modos de subjetivação e identidades, e novas definições de vida. Segundo a autora, os hormônios são drogas políticas que modificam o filtro por meio do qual decodificamos a realidade; e, por transformarem o corpo, modificam, também, o modo como somos decodificados pelos outros. Como refere a autora: “las hormonas son ficciones biopolíticas, ficciones que pueden tomarse, digerirse, incorporarse, artefactos biopolíticos que crean formaciones corporales y se integran a los organismos políticos mayores, tales como las instituciones político-legales y el estado-nación” (p. 37).

Nas humanidades ou nos estudos sociais da ciência, a produção acadêmica sobre os corpos atípicos em matéria de sexo/gênero afirmam, reiteradamente, a dimensão biopolítica envolvida com estes corpos, que se manifesta por meio dos agenciamentos biopolíticos de diferentes instituições – médica, escolar, judiciária –, de forma a controlar e governar os corpos e as subjetividades desses sujeitos. Porém, diversos autores do campo contrapõem ao discurso médico que os situa no território normativo da patologização outras perspectivas de reflexão, apontando que o olhar médico sobre o corpo é apenas uma das formas de significar esse corpo.

Neste sentido, Oudshoorn<sup>31</sup>, mais do que trabalhar com a distinção sexo-gênero de forma clássica, mantendo o conceito de sexo como um atributo a-histórico do corpo humano, sendo apenas o gênero “construído socialmente”, desafia a própria existência de algo como um “corpo natural”. Como refere, os cientistas estão continuamente construindo realidades, e não as descobrindo. A “verdade da natureza” sobre o corpo feminino ou masculino não existe e não pode ser descoberta por um conhecimento objetivo. De maneira similar, Butler<sup>30</sup> critica duramente o dualismo cartesiano que separa radicalmente corpo/mente ou cultura/natureza, e afirma que o corpo não é indiferente à significação.

A autora desafia a analítica da normalização clássica dos estudos sociológicos sobre as minorias sexuais e, a partir da perspectiva *queer*, fica atenta para os conhecimentos e práticas sociais que organizam a sociedade sexualizando corpos, desejos, atos, identidades e outros. Neste sentido, aponta que determinados corpos, que não passam pela coerência socialmente imposta entre sexo – gênero – desejo – práticas, não se encaixando na norma social, não possuem inteligibilidade social e são alocados à abjeção.

Teóricos *queer* seguem a aposta de Foucault<sup>16</sup> de que a sexualidade é produzida mediante os discursos, e que as identidades sociais são efeitos da forma como o conhecimento é organizado. Ademais, concordam com o autor que tal produção social de identidades é “naturalizada” nos saberes dominantes. A lógica *queer* busca romper a lógica binária e critica a normalização apostando na multiplicidade das diferenças que podem subverter os discursos totalizantes e autoritários. Vemos um rechaço à normalização dos corpos e um direcionamento à subversão da identidade, como refere Butler<sup>30</sup>.

Butler<sup>30</sup> expressa o gênero, fundamentalmente, como performatividade e discursividade; e Preciado<sup>11</sup> contribui de forma significativa para esta análise trazendo a dimensão da biotecnologia como produtora de gênero. Preciado mostra que corpo é gerenciamento biopolítico, é gestão sobre os fluxos da vida – fluxos de silicone, de hormônios, das representações, das técnicas cirúrgicas, de gêneros<sup>32</sup>. Neste sentido, a pergunta que se faz necessária é: quais são as performances mais ou menos naturais? Quais discursividades são normais e aceitáveis e quais são desviantes? Quais gerenciamentos e performances são desejados e quais são rechaçados?

Porém, não são apenas as tecnologias utilizadas com vistas a mudar ou indefinir o sexo que nos colocam essas questões. O uso das “tecnologias de melhoramento” ou “aprimoramento” da capacidade humana são exemplos paradigmáticos de alterações das condições biológicas, psicológicas ou sociais causadas pelas novas tecnologias e que nos evidenciam a dificuldade de afirmar, de forma definitiva, o que é ser humano, borrando a fronteira entre natural e artificial. Mas, também, nos colocam o desafio de responder o que é “normal”, “deficiente”, o que é “ser melhor” e o que “deve ser corrigido”.

A legitimidade de aprimoramento biológico é disputada, grosso modo, por duas correntes com posições claramente distintas. Por um lado, estão os bioconservadores, que condenam o aprimoramento por considerarem que seu uso arruinaria a natureza humana. Na discussão da dignidade “pós-humana”, os transumanistas pensam diferente. Enraizados na filosofia iluminista, o transumanismo é, além de um projeto tecnocientífico, um movimento ideológico que crê na superação das limitações humanas por meio da ciência<sup>33</sup>. Apostam na possibilidade de melhorar tecnologicamente os seres humanos como indivíduos e como sociedade por meio da manipulação da “espécie biológica”.

Na base da discussão está o entendimento tácito de que há algo como uma natureza humana, que nos informa sobre o que é normal, e, portanto, nos oferece a informação necessária para distinguir o que é uma prática terapêutica – de instauração do normal – de uma prática “extracurricular”, que age sobre uma condição normal para outros fins. Porém, esta distinção está envolvida com o controverso ideal de normalidade que se altera temporal e culturalmente.

O desafio às concepções estanques de normalidade também é trazido na contemporaneidade pelos *Disability Studies*, que indicam que, para se produzir um olhar moderno sobre a deficiência em termos biomédicos, é necessário partir de uma noção sobre o que é o normal e sobre o que é “eficiente”. Ativistas da deficiência denunciam a opressão vivenciada pelas pessoas que possuem corpos atípicos submetidos a uma lógica denominada de ‘ableista’<sup>34</sup>, questionando a soberania do discurso biomédico sobre a deficiência, e trazendo o discurso das ciências sociais para a reflexão sobre a complexidade inerente à caracterização de determinada condição como deficiência.

Tendo como base epistemológica e ontológica o construtivismo social, os principais estudos do campo das deficiências afirmam que a deficiência não pode ser entendida estritamente em termos biomédicos, mas, sim, em termos políticos, como resultado da opressão social e da discriminação sofrida pelos que possuem traços físicos ou mentais variantes.

Em contraposição ao denominado “modelo médico da deficiência”, que entende a desvantagem vivida pelos deficientes como uma sentença da natureza, como efeito de desvantagens naturais inerentes aos contornos do corpo, outros autores indicam que são os próprios ambientes sociais que estabelecem parâmetros sobre o normal e o patológico; e, portanto, são os valores compartilhados em determinada sociedade que definem quais tipos de pessoas devem ser considerados membros normais de cada um dos ambientes. Isso é o que diz Foucault, retomando o estudo sobre as fronteiras difusas da normalidade iniciado por Canguilhem em *Normal e o Patológico*: “[...] a norma não se define absolutamente como uma lei natural, mas pelo papel de exigência e de coerção que ela é capaz de exercer em relação aos domínios a que se aplica. Por conseguinte, a norma é portadora de uma pretensão de poder[...]”<sup>27</sup> (p. 62).

Em alguns de seus desdobramentos teóricos, os estudos da deficiência estão intimamente imbricados com a problemática da biopolítica contemporânea<sup>35</sup>. A relação que nos parece mais evidente diz respeito à dimensão produtiva do exercício do poder sobre o corpo expressa na superação das práticas de assujeitamento pelas práticas de resistência<sup>36</sup>. Como se deduz do lema dos estudos da deficiência, “nada sobre nós sem nós” (*nothing about us without us*)<sup>37</sup>, o movimento é composto, basicamente, por pesquisadores deficientes, e, alguns deles, marcam a diferença corporal e vivencial positivamente, evidenciando a complexidade inerente à determinação do “normal” e a riqueza da experiência da diferença no mundo.

Trata-se tanto de um compromisso coletivo e político de protesto contra as barreiras sociais incapacitantes encaradas pelos indivíduos com algum tipo de lesão, como de uma transformação da identidade pessoal vivenciada com orgulho. Neste sentido, afirmam que os “ajustamentos” não

deveriam ser dos indivíduos deficientes, mas da sociedade, pois é ela que é desajustada em relação aos deficientes<sup>(b)</sup>.

Interessante notar que o uso de tecnologias é, muitas vezes, o recurso que possibilita problematizar os limites da normalidade, como, por exemplo, as próteses de titânio em corredores, que podem fazer com que o portador seja “mais eficiente” que o não-portador. Essa perspectiva nos interpela quanto à noção de normal, atípico, anormal e patológico, e nos desafia a pensar a relação do corpo material com os signos sobre o corpo e com o meio em que se vive.

<sup>(b)</sup> Esta é apenas uma das inúmeras perspectivas dos estudos da deficiência. O campo é complexo, sofreu e sofre inúmeras transformações e possui diversos argumentos teóricos.

## Para não concluir

Há dois aspectos inter-relacionados envolvidos com a temática das biopolíticas contemporâneas em sua interface com a problematização das concepções de normalidade corporal e da formação de novas subjetividades que merecem ser destacados. O primeiro deles é referente à relação entre corpo e artefato ou entre natureza e cultura; e, o segundo, refere-se ao que o filósofo Ron Amundson<sup>38</sup> denomina de “normalidade cosmética”.

As questões abordadas neste texto – constituição de identidades individuais e coletivas segundo referentes corporais; utilização de (bio)tecnologias sobre o corpo borrando a fronteira fixa entre os sexos biológicos, gestão dos riscos com base na medicina genômica e aprimoramento das capacidades humanas como reflexos da exacerbação do *cuidado de si*, problematização da noção de deficiência e adaptação do meio externo e/ou interno para a realização das capacidades – nos mostram como o corpo ganhou uma dimensão espantosa na contemporaneidade para a descrição de si, e evidenciam como corpo e artefato, de um lado, e natureza e intervenção sobre a natureza, de outro, estão cada vez mais imbricados nas constituições dos sujeitos. Mostram, também, como a fronteira entre normal e patológico é extremamente flexível.

Como considerar, na atualidade, o papel dos artefatos – fabricados na cultura – na constituição do sujeito e sua relação com o corpo biológico – expressão radical da natureza? Estamos vendo que a tecnologia pode ser empregada com o objetivo de superar os supostos limites do “*design natural*” do nosso corpo, tornando-o muito menos nítido do que supúnhamos. Artefatos – prótese, hormônios sintéticos, cadeiras de rodas, coração artificial, etc. – são objetos externos aos organismos, produzidos pelos humanos, mas que são incorporados de tal forma que torna difícil não considerá-los parte de nós mesmos. E, se no futuro a maioria das pessoas tiver seus corpos compostos por artefatos que modifiquem radicalmente seus corpos ou substituam seus órgãos ou partes do corpo, o que nos impede de considerá-las normais?

No caso do uso dos hormônios para (re)criar corpos sexuais que desafiam a ordem binária de organização do sexo, gênero e desejo, Butler<sup>30</sup> nos oferece pistas sobre as razões da dificuldade de compreendê-los como corpos “normais” ao afirmar que vivemos em uma sociedade pautada na matriz da “heteronormatividade compulsória”. Para Butler, porém, gênero não é uma categoria fixa, mas se contrói por atos estilizados e repetidos do

sujeito generificado. Butler questiona a concepção centrada na construção de um sujeito único que é resultado do pensamento cartesiano rígido que sustenta a ideia de uma identidade fixa e imutável, dicotomizando o masculino e o feminino ou o homem e a mulher. Tal rigidez também pode ser observada na percepção da natureza ou do corpo como diametralmente opostos à cultura.

Para Canguilhem<sup>39</sup>, porém, o uso da técnica está nas exigências do vivente e deve ser pensada como criação. No artigo *Machine et l'organisme*, refere que o uso da técnica e as invenções humanas estão inscritas na história humana, e que, portanto, o conceito de humano e corpo animal está indissolúvelmente ligado à máquina, o que não significa que seja possível explicar o corpo em termos da máquina, como se tentou fazer por muito tempo. Buscou-se explicar a estrutura e o funcionamento do organismo a partir do funcionamento da máquina, mas, raramente, se procurou compreender a própria construção da máquina a partir da estrutura do organismo. A inversão da relação entre máquina e organismo, resultante da compreensão das invenções técnicas como comportamentos do vivente, ou seja, como fenômeno biológico universal, permite que as máquinas sejam vistas como "órgãos da espécie humana".

Na interpretação de Hacking<sup>40</sup>, a obra de Canguilhem representa um anticartesianismo radical, pois rompe com as barreiras entre o espírito e o corpo e afirma que, entre máquina e corpo, não há uma oposição fundamental. Os utensílios e as máquinas são projeções do corpo, são extensões da vida, da vitalidade e da força vital. Desse modo, é possível pensar em formas artificiais de vida, como os *cyborgs*, metade humano, metade máquina. Hacking mostra que a transformação humana a partir da integração de ferramentas não tem limite, e que a fronteira entre técnica e vida não é clara.

Esta visão é interessante para pensar o caso das deficiências físicas. Apesar de, muitas vezes, a diversidade funcional significar igualdade ou superioridade em nível de competência, sendo apenas um modo de vida diverso, Amundson<sup>39</sup> mostra que o julgamento da normalidade é baseado no *modo*, e não no *nível* de desempenho. Tal julgamento é oriundo da discriminação que os corpos atípicos sofrem. As ferramentas são elas mesmas estigmatizadas por preconceito social contra as condições que elas aperfeiçoam. Amundson chama o fenômeno de "normalidade cosmética". Se a pessoa não segue o modelo, a vida a massacra.

Segundo Silvers<sup>41</sup>, a consideração de algumas atipias como deficiências e outras não reflete a preferência da classe dominante por determinados modos de funcionamento que nos acostumamos a considerar normais. Refere que o uso da cadeira de rodas não é normal como o uso de óculos porque há uma doutrina da normalidade biológica que não inclui a cadeira de rodas. Amundson<sup>30</sup> reforça a opinião de Silvers. Para o autor, versões do determinismo biológico escoraram doutrinas racistas e sexistas no passado. A objetividade científica desse determinismo tinha pouco fundamento biológico, e sua plausibilidade advinha da congruência com o preconceito do tempo. A falácia da normalidade funcional, diz, é típica desse gênero, sendo uma ideologia sustentada pelo "*ableism*", o chauvinismo dos não deficientes.

Por fim, pode-se dizer que tais problemáticas contemporâneas nos colocam o desafio de problematizar, criticamente, os fenômenos de saúde e doença na atualidade. Podemos aproveitar as abordagens trabalhadas para explicitar a fragilidade inerente a qualquer sistema classificatório que normaliza de acordo com os arranjos de força vigentes. Do ponto de vista histórico-político, a reformulação do conceito de normalidade é oriundo do rearranjo de forças que determina quais condições anômalas são legítimas e quais devem ser "corrigidas". Resta-nos pensar o que se ganha e o que se perde quando definimos, com mais ou menos rigidez, a fronteira entre o normal e o patológico. Certamente, esses desafios exigem reformulações matriciais inquietantes, que são interessantes na medida em que se afirmam, positivamente, expressões variantes de vida, contrapondo-se à normatização das condutas.



### Referências

1. Rose N. The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press; 2007.
2. Rabinow P. Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality. In: Rabinow P, organizador. Essays on the anthropology of reason. Princeton: Princeton University Press; 1996. p. 91-111.
3. Rose N, Novas C. Biological citizenship. In: Ong A, Collier SJ, organizadores. Global assemblages: technology, politics, and ethics as anthropological problems. Malden: Blackwell; 2005. p. 439-63.
4. Binkley S, Capetillo-Ponce J, organizadores. A Foucault for the 21st century: governmentality, biopolitics, and discipline in the new millennium. Newcastle: Cambridge Scholars Publishing; 2010.
5. Bröckling U, Krasmann S, Lemke T, organizadores. Governmentality: current issues and future challenges. New York: Routledge, 2011.
6. Clarke AE, Mamo L, Fosket JR, Fishman JR, Shim K. Biomedicalization. Technoscience, health and illness in the U.S. Durham: Duke University Press; 2010.
7. Gibbon S, Novas C, organizadores. Biosocialities, genetics and the Social Sciences: making biological identities. London: Routledge; 2008.
8. Ortega F. Corporeality, medical technologies and contemporary culture. London: Routledge; 2014.
9. Rabinow P, Rose N. O conceito de biopoder hoje. Pol Trab Rev Cienc Soc. 2006; 24:27-57.
10. Novas C, Rose N. Genetic risk and the birth of the somatic individual. Econ Soc. 2000; 29(4):485-513.
11. Preciado B. Manifiesto contra-sexual: prácticas subversivas de identidad sexual. Madrid: Pensamiento Opera Prima; 2002.
12. Castiel LD. O acesso aos Campos Elísios: a promoção da saúde ampliada e as tecnologias de melhoramento em busca da longevidade (e da imortalidade). Saude Soc. 2015; 24(3):1033-46.
13. Waldschmidt A. Who is normal? Who is deviant? 'Normality' and 'risk' in genetic diagnostics and counseling. In: Tremain S, editor. Foucault and the government of disability. Ann Arbor: University of Michigan Press; 2005. p. 191-207.
14. Foucault M. Em defesa da sociedade. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
15. Castro E. Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
16. Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1997.
17. Foucault M. Os anormais. São Paulo: Martins Fontes; 2002.
18. Ortega F. O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea. Rio de Janeiro: Garamond; 2008.
19. Brenner S. Genomics: the end of the beginning. Science. 2000; 287(5461):2173-4.
20. Petryna A. Life exposed: biological citizens after Chernobyl. Princeton: Princeton University Press; 2002.
21. Ortega F. The cerebral subject and the challenge of neurodiversity. BioSocieties. 2009; 4(4):425-45.



22. Marshall TH. *Citizenship and social class and other essays*. Cambridge: Cambridge University Press; 1950.
23. Rose N. Race, risk and medicine in the age of 'your own personal genome'. *BioSocieties* 3 (Lecture). London: School of Economics and Political Science; 2003.
24. Cooter R. Biocitizenship. *The Lancet*. 2008; 372(9651):1725.
25. Fassin D. El irresistible ascenso del derecho a la vida: razón humanitaria y justicia social. *Rev Antropol Soc*. 2010; 19:191-204.
26. Ortega FJG. *Corporeality, medical technologies and contemporary culture*. London: Routledge; 2014.
27. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
28. Giroux E. *Después de Canguilhem: definir la salud y la enfermedad*. Bogota: Universidad El Bosque; 2011.
29. Grahon E. *Representations of the post/human: monsters, aliens and others in popular culture*. New Brunswick: Rutgers University Press; 2002.
30. Butler J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
31. Oudshoorn N. *Beyond the natural body: an archeology of sex hormones*. London: Routledge; 1994.
32. Preciado B. *Multitudes Queer: notas para una política de los "anormales"* [Internet]. *Rev Multitudes* [Internet]. 2010 [acesso 20 Nov 2015]; (12). Disponível em: <http://multitudes.samizdat.net/Multitudes-queer,1465>
33. Jotterand F. At the roots of transhumanism: from the enlightenment to a post-human future. *J Med Philos*. 2010; 35(6):617-21.
34. Diniz D, Squinca F, Medeiros M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(11):2589-96.
35. Oliver M. *The politics of disablement*. Macmillan: London; 1990.
36. Vehmas S, Mäkelä P. A discussion of the natural and social. In: Kristiansen K, Vehmas S, Shakespeare T, editors. *Arguing about disability*. London: Routledge; 2009. p. 42-56.
37. Diniz D, Barbosa L, Santo WR. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur Rev Int Direitos Human*. 2009; 6(11):64-77.
38. Amundson R. Against normal function. *Stud Hist Phil Biol Biomed Sci*. 2000; 31(1):33-53.
39. Canguilhem G, organizador. *La connaissance de la vie*. 2a ed. Paris: Vrin; 1975. La machine et l'organisme; p. 131.
40. Hacking I. Canguilhem parmi les cyborgs. In: Baunstein JF, organizador. *Histoire des sciences et politique du vivant*. Paris: Presses Universitaires de France; 2007. p. 113-41.
41. Silvers A. A fatal attraction to normalizing. In: Parens E, editor. *Enhancing human traits: ethical and social implications*. Washington: Georgetown University Press; 1998. p. 95-123.

Gaudenzi P. Mutaciones biopolíticas y discursos sobre lo normal: actualizaciones foucaultianas en la era biotecnológica. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(61):99-110.

La propuesta de este artículo es la de apuntar mutaciones biopolíticas contemporáneas provocadas sobre todo por el uso cada vez mas frecuente de (bio)tecnologías. Observamos un movimiento creciente de formas de articulación colectiva relativos a gestión de riesgos y a la formación de identidades individuales y colectivas pautadas en referentes corporales. Una nueva subjetividad biomédica se constituye y nuevas formas de responsabilidad - principalmente genética – están en juego. En una sociedad en la que la tecnología de poder se encuentra centrada en la gestión de la vida, la normalización de los cuerpos y comportamientos parece inevitable. Sin embargo, podemos también observar el uso de tecnologías en el cuerpo que subviertenla “coherencia corporal” y evidencianla complejidad de definir, de forma rígida, la frontera entre lo normal y lo patológico.

*Palabras clave:* Biopoder. Biopolítica. Bioecnología. Normal. Patológico.

Submetido em 02/12/15. Aprovado em 06/05/16.

# Narrativas sobre síndrome de Down no Festival Internacional de Filmes sobre Deficiência *Assim Vivemos*

Ana Cristina Bohrer Gilbert<sup>(a)</sup>

Gilbert ACB. Narratives on Down syndrome in Brazil's International Disability Film Festival *Assim Vivemos*. Interface (Botucatu). 2017; 21(60):111-21.

Brazil's International Disability Film Festival *Assim Vivemos* happens every two years in Brazil since 2003. Its purpose is to engage the audience in new perspectives on disability through films, interactive activities, images and institutional discourses. In this paper the author analyzes the films whose central subject is Down syndrome, screened between 2003 and 2013 to explore the narrative construction and the kind of images and meanings that are disseminated at the festival. The empirical material was considered under an ethnographical perspective, and was analyzed using semiotic procedures of isotopic analysis. Three main narrative nuclei were identified following the theoretical developments on disability, being one of them in line with what is considered as 'disability aesthetics'.

**Keywords:** Film festivals. Disability. Down syndrome. Image. Culture.

O Festival Internacional de Filmes sobre Deficiência *Assim Vivemos* acontece bianualmente no Brasil desde 2003. Busca engajar a audiência em novas perspectivas sobre deficiência por meio de filmes, atividades interativas, imagens e discursos institucionais. Neste artigo, analisam-se os filmes cujo tema central é a síndrome de Down, exibidos entre 2003 e 2013, com o objetivo de examinar o tipo de construção narrativa e as imagens e os significados sobre pessoas com essa condição que são veiculados no festival. Foram utilizadas estratégias etnográficas no tratamento do material empírico e procedimentos semióticos de leitura isotópica na sua análise. Foram identificados três núcleos narrativos principais que acompanham o desenvolvimento teórico sobre deficiência, sendo que um deles apresenta-se alinhado com o que tem sido denominado de 'estética da deficiência'.

**Palavras-chave:** Festivais de cinema. Deficiência. Síndrome de Down. Imagem. Cultura.

<sup>(a)</sup> Psicóloga e Psicoterapeuta. Rua Voluntários da Pátria, 190, sala 305, Botafogo. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 22270-012. ana.cbgilbert@yahoo.com

## Introdução

O Festival Internacional de Filmes sobre Deficiência *Assim Vivemos* acontece bienalmente no Brasil desde 2003, com curadoria e produção de Lara Pozzobon e Gustavo Acioli, da Lavoro Produções, empresa que trabalha com acessibilidade em projetos e produtos culturais. Pioneiro no Brasil, o evento é patrocinado pelo Centro Cultural do Banco do Brasil desde a sua primeira edição, por meio de processo seletivo anual realizado por chamada pública.

O festival surgiu como uma mostra de filmes sobre deficiência que reunia uma seleção das produções exibidas em três edições do festival alemão de mesmo nome – *Wie wir leben* –, do qual os curadores haviam participado em 2001 como cineastas (com filme sobre deficiência visual), acrescida de produções brasileiras. A mostra recebeu apoio da ABM (*Arbeitsgemeinschaft Behinderung und Medien/ Disability and Media Association*), organização não governamental responsável pela produção do festival alemão, e, a partir da segunda edição, ganhou identidade autônoma, elaborando seus critérios de seleção de filmes. Sua criação está relacionada a um movimento internacional de fortalecimento de discursos sobre diferença e diversidade em contraposição aos discursos de normalização, que surgiu nos anos 1960 e 1970 no Reino Unido e nos Estados Unidos da América<sup>1</sup>, e que é encampado pelo Brasil a partir da Constituição de 1988. Em decorrência, foram formuladas políticas regulamentando sobre os direitos de pessoas com deficiências, sua integração social e seu acesso a serviços, tais como: a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, de 1999, e a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, de 2002.

Se a intenção inicial do evento era discutir questões relacionadas à acessibilidade de pessoas com deficiências ao entretenimento, valorizando-as como audiência, aos poucos, o festival se configurou como espaço heterotópico, isto é, um espaço onde uma ordem alternativa relacionada aos corpos humanos pode ser vislumbrada<sup>2</sup>. Na acepção de Foucault<sup>3</sup>, heterotopia<sup>(b)</sup> se refere a espaços relacionados a algum tipo de diferença ontológica e epistemológica, como a deficiência, que desestabilizam formas cotidianas de se olhar o mundo e favorecem o aparecimento de novas narrativas. Deste modo, o festival afirma o seu comprometimento com a produção de novos discursos de verdade<sup>5</sup> sobre pessoas com deficiências, por meio dos quais elas podem se reconhecer como sujeitos e se relacionar consigo próprias em sua diferença. Pretende exercer o papel político de engajar a audiência em novas perspectivas sobre deficiência, questionando estereótipos e preconceitos, e problematizando a utopia de um corpo normal universal, que é assumido como padrão. Contudo, este não é um processo sem percalços, e a presença implícita de padrões de capacidade considerados como desejáveis acaba por reafirmar aquilo que o festival deseja questionar<sup>2</sup>.

Neste artigo, discute-se os filmes sobre uma das deficiências representadas, a síndrome de Down (SD), exibidos em seis edições do festival, entre 2003-2013. Examina-se o tipo de construção narrativa e as imagens e os significados sobre pessoas com essa condição que são veiculados nos filmes. Busca-se compreender qual abordagem visual é privilegiada, e como as imagens são usadas em enredos que visam suscitar reflexões e questionamentos sobre os corpos humanos.

A escolha pela SD se deu pelo fato de ela ter se tornado, no Brasil, um dos símbolos da diversidade humana, sendo tema de diversas campanhas nos meios de comunicação. É, também, uma das condições genéticas mais frequentes, com incidência de um entre setecentos nascidos vivos<sup>6</sup>, sendo tomada como exemplo, por profissionais de saúde, para explicar sobre riscos e tecnologias de rastreamento e diagnóstico pré-natais.

<sup>(b)</sup> Heterotopia é um termo originalmente médico, referindo-se a um órgão ou tecido que se desenvolveu em posição diferente da usual, sem, contudo, caracterizar uma doença<sup>4</sup>.

Ao seguir por esta linha investigativa, foram utilizadas estratégias etnográficas no tratamento do material, constituindo o que Haraway<sup>7</sup> propõe como etnografia textual. Da mesma forma que na etnografia tradicional, a etnografia textual requer uma imersão na realidade investigada, igualmente arriscada e desestabilizadora, uma vez que o pesquisador é sempre parcial, e só pode se aproximar do seu objeto de estudo a partir de uma perspectiva corporificada e localizada<sup>7</sup>. Tais estratégias se referem a um tipo de atitude diante das fontes escolhidas que busca esvaziar-se de concepções apriorísticas e das imagens sobre SD que foram criadas historicamente, para, então, poder perceber outras.

Os filmes foram considerados como textos, ou seja, enunciados com características de autonomia, significação e função integrais, compondo um *corpus* cujo elemento comum é a SD. Dito de outra forma, o mais importante na análise não foi discutir cada filme individualmente, mas a inter-relação entre eles, a fim de se observar se há um padrão comum de imagens e de narrativas, e quais as mudanças que, porventura, ocorreram nesse padrão durante o período analisado. Assim, ao se falar em filmes sobre SD, não se fala apenas de relatos de vidas individuais, cujas memórias, vivências e afetos são mostrados nos filmes e narrados, também, pelos corpos de quem vive com essa condição. Fala-se, também, de memórias e experiências que se referem a um grupo específico, uma paisagem biológica na política vital contemporânea<sup>8</sup>, que, apesar das particularidades individuais, compartilha aspectos comuns que vão desde as semelhanças somáticas provocadas pela presença de um cromossomo 21 extra até os significados gerados pela proliferação dos discursos.

Após a leitura exhaustiva do material, foram usados procedimentos de leitura isotópica para a identificação de categorias de significação idênticas (ou compatíveis) presentes ao longo do texto – as categorias isotópicas<sup>9</sup> –, e que indicam a direção de interpretação do próprio texto<sup>10</sup>. A discussão que se segue é resultado da articulação entre tais categorias e o referencial teórico sobre o tema, com referência a alguns filmes como casos ilustrativos da discussão.

## Núcleos narrativos: formas de olhar, sentidos e imagens

Todos os 16 filmes analisados, à exceção de dois, são documentários de curta ou média duração. O apelo de 'objetividade' que tende a ser associado ao documentário sugere que o filme mostra a realidade 'literal' de pessoas com SD, e não uma representação, resultado de perspectivas parciais traduzidas em roteiro, ângulos, luz, editoração, que acompanham o que se conhece e se pensa sobre a SD em um determinado momento. Após selecionar 'o que' quer filmar (objeto de interesse), o diretor deve decidir sobre como 'fazê-lo' (distância, foco, ângulo, movimento, ponto de vista utilizado nas tomadas) e como 'apresentá-lo' (edição)<sup>11</sup>. Aquilo que se apresenta ao espectador é resultado dessas escolhas, somado à circunstância de mundo que cerca a produção das imagens e que compõem o que Ramos<sup>12</sup> denomina de circunstância da tomada.

Argumenta-se que os filmes sobre deficiência (e sobre a SD em particular) trazem um forte aspecto corpóreo, na medida em que as diferenças (ainda que nem sempre explícitas) que se apresentam nos corpos contam por si histórias que acompanham o enredo do filme. Essa visão do corpo do outro produz, em quem vê, efeitos racionais, emocionais e viscerais, capazes de deixar marcas<sup>13</sup>.

Nos filmes, a história que pode ser lida nos corpos individuais carrega memórias coletivas que abarcam desde a nomeação, sob a forma de um diagnóstico, de algo considerado indesejável<sup>14</sup>, até as repercussões desse diagnóstico em novas ordenações biográficas e sociais<sup>15</sup>. No caso da SD, aspectos relacionados à identidade biológica, com referência explícita à categoria diagnóstica, estão presentes em todos os documentários; já nos ficcionais, isso é veiculado implicitamente pelo corpo da personagem, graças à familiaridade do público com os sinais corporais que a definem. Tal presença deixa claro quanto esses aspectos são relevantes para o processo de construção de identidade dessas pessoas. Imagens do cotidiano são bastante exploradas com tomadas longas de atividades de cuidado de si ou da casa, sugerindo uma realidade não 'editada'. O uso de filmes caseiros ou fotografias funciona como registro documental do desenvolvimento da criança com SD, mas, sobretudo, resume, em imagem, os afetos e as sensações vivenciados no processo de descoberta do que significa (con) viver com a SD.

O aspecto de corporeidade presente nos filmes aponta para a noção de estética da deficiência desenvolvida por Tobin Siebers<sup>16</sup>. O autor discute essa noção inspirado na definição de estética de Alexander Baumgarten (1714-1762), que diz respeito ao estudo “das sensações que certos corpos sentem na presença de outros corpos” (p. 1). Por corpos, Siebers<sup>16</sup> entende “aquilo que aparece no mundo” (p. 25), sejam corpos humanos e objetos produzidos pelo homem, como esculturas, pinturas e edifícios, sejam animais e objetos da natureza. Ele argumenta que as sensações produzidas são involuntárias, como se esses corpos estabelecessem uma comunicação inconsciente entre si. Tais relações mediadas por afetos constituem a base do que é considerado como belo em determinado momento histórico, e produzem reações nos corpos na presença de outros corpos que explicitam o aspecto material/corpóreo da estética. Para este autor, obras de arte que questionam o modelo de corpo humano, por meio de sua deformação e do uso de diferentes técnicas de representação, revelam afinidades com imagens da deficiência. Suscitam reflexões sobre como sentimentos de prazer e repulsa se entrelaçam com aceitação e rejeição na presença de corpos, especialmente, os humanos, ganhando contornos políticos.

Os filmes apresentam três núcleos narrativos principais: o primeiro deles, o núcleo médico, adota um olhar distanciado que ‘conhece sobre’. Remete a um modelo de entendimento da deficiência assentado na medicina, prevalente desde o século XIX até os anos 1970, com suas narrativas sobre corpos considerados anormais, propícios a intervenções<sup>1</sup>. Tal núcleo trata das questões relativas à construção de subjetividade e reorientação da vida a partir do diagnóstico e das estratégias de intervenção, com ênfase no percurso da pessoa com SD (e sua família) do nascimento até o momento atual. O segundo núcleo é o de superação e se articula ao tipo de narrativa produzido pelo modelo social de cunho político que surge nos anos 1970 para questionar o modelo médico. O modelo social separa incapacidades (características biológicas limitantes) e deficiência (algo construído socialmente que é responsável pela exclusão dos indivíduos com diferentes realidades somáticas)<sup>1</sup>, provocando uma dissociação entre as diferentes corporeidades e seu estar-no-mundo. Este segundo núcleo narrativo se contrapõe a percepções sociais preconceituosas, afirma capacidades e prioriza as conquistas alcançadas por essas pessoas, com tendência a focar nos aspectos de igualdade, ainda que em nome da valorização da diferença. E, por fim, o núcleo de corporeidade, cujas narrativas se aproximam daquelas produzidas pelos estudos críticos sobre deficiência, que surgem a partir do final dos anos 1980, desenvolvendo reflexões sobre os dois modelos anteriores. Tais estudos reafirmam a importância da materialidade dos corpos não normativos na constituição do eu, sem, contudo, deixar de considerar a base social do preconceito e da desigualdade<sup>1</sup>. As narrativas de corporeidade deste núcleo reconhecem as marcas somáticas da diferença e delas partem para a construção de um estar-no-mundo mais criativo que permita a coexistência de múltiplos padrões para os corpos humanos fora da polaridade igualdade-diferença ou normalidade-deficiência. Tais núcleos não são excludentes e podem se alternar em um mesmo filme; a predominância de um desses núcleos está estreitamente vinculada a diferentes momentos históricos e padrões culturais. Enquanto o núcleo médico prioriza aspectos diacrônicos, ainda que nem sempre de forma cronológica linear, o núcleo de corporeidade é mais focado em aspectos sincrônicos, retratando adultos jovens com SD no que se refere a trabalho, relações afetivas e reprodução. Já o núcleo de superação pode lançar mão dessas duas perspectivas – sincrônica e diacrônica – focando em um momento específico no presente e alternando com a reconstrução do percurso histórico que tornou possível chegar até ele.

A tendência que se observa nas imagens relacionadas aos núcleos médico e de superação é de serem mais distanciadas, localizando a pessoa com SD em interação com seu ambiente. As imagens relacionadas ao núcleo de corporeidade tendem a explorar, de forma contundente, *close-ups* dos indivíduos – seus corpos, detalhes das mãos ou dos olhos, cujo efeito parece enfatizar o aspecto corporificado da SD e a sua proximidade, sendo capaz de ‘tocar’ a audiência. O uso das imagens se mostra alinhado com o tipo de perspectiva que cada um desses núcleos prioriza: o médico, mais voltado para um ‘conhecimento sobre’, o de superação, com foco nas capacidades em comparação com o modelo de normalidade tido como padrão; e o de corporeidade, com valorização das marcas somáticas, o reconhecimento dos limites e contornos da SD e as possibilidades narrativas a partir deles. Tais diferenças no uso das imagens não são absolutas, sendo possível observar a associação das várias perspectivas nos diferentes núcleos narrativos.



Enredos que priorizam o núcleo médico seguem uma estrutura narrativa básica composta pelo modelo temporal linear equilíbrio-ruptura-equilíbrio<sup>17</sup>, sendo o momento de ruptura o do estabelecimento do diagnóstico. O sentimento de ruptura é exacerbado pela forma como o discurso contemporâneo sobre reprodução é constituído, considerando-a como uma questão de escolha e controle. Isso se torna possível graças à disseminação das tecnologias reprodutivas, incluindo as técnicas de rastreamento e diagnóstico pré-natais e de reprodução assistida, o que reforça a expectativa do bebê perfeitamente normal e transforma qualquer possibilidade fora desse padrão em um 'outro'<sup>18</sup>. A ocorrência de algo diferente e inesperado traz esse 'outro' do domínio do imaginário para a vida cotidiana, e leva a uma tentativa de nomear esse fenômeno<sup>15</sup>. Nomear não se trata apenas de explicar o desconhecido, receber informações e tomar decisões. Trata-se, sobretudo, de dar sentido àquilo que acontece, de forma a alcançar uma familiaridade, ainda que diferente da anterior ao evento. A presença da SD em um filho, na maioria das vezes facilmente identificável em seus aspectos fenotípicos, é marcada por uma espécie de luto pela perda do filho ideal, do corpo 'normal' ou 'perfeito', da vida como era antes do nascimento. A confirmação do diagnóstico via cariótipo reforça aquilo que se intui ou se sabe clinicamente e, dado seu caráter organizador, estabelece novos marcos para a realidade vivida.

Pela sua força avassaladora, o momento do diagnóstico é recontado por pais nos vários documentários exibidos no festival, e a metáfora da jornada é recorrente para dar a dimensão da intensidade do caminho percorrido pela família. A evocação de fatos ou momentos específicos acontece com frequência sob a forma de *flashbacks*, com uso de imagens e filmes de produção caseira, além da narração verbal. O momento do diagnóstico carrega um forte impacto emocional, e sua narração é, também, uma oportunidade para explicar sobre a síndrome. Isso permite compartilhar informações e revela o processo de aprendizagem pelo qual a família passou, com incorporação de vocabulário especializado. Também possui um caráter 'libertador' ao assumir a presença de algo até então entendido socialmente como falha, fracasso, imperfeição. Desse modo, o luto experienciado e narrado é individual, mas também coletivo, propiciando um processo de criação que, ao escavar as memórias, permite fabular para dar sentido; permite desarticular narrativas dominantes para construir novas. Esses novos rearranjos nas relações e na produção de narrativas familiares a partir da ocorrência da deficiência compõem o que Ginsburg e Rapp<sup>19</sup> denominam de novos imaginários de parentesco.

O filme *Diagnóstico*<sup>20</sup> exemplifica este primeiro núcleo narrativo. Apesar de ser produzido em 2000, ele traz o conjunto de conhecimentos e percepções sobre SD que vigoravam na Bulgária à época do nascimento de Asparuh Wassilev, em 1979. Naquele momento, o peso do discurso médico, baseado em uma orientação que desestimula o investimento afetivo nessas pessoas devido a taxas menores de sobrevivência e à escassa ênfase dada à estimulação precoce, soma-se a concepções religiosas arraigadas na tentativa de encontrar respostas para o que é sentido e vivido como fado e sofrimento. Com o estabelecimento do diagnóstico, começa a construção de uma identidade cujo principal elemento é a marca genética, expressa no cromossomo 21 extra (e, de forma implícita, no excesso de carga gênica).

As primeiras imagens do filme estabelecem o território da SD do qual se fala (Asparuh quando bebê, seu cotidiano, seus interesses, o depoimento dos pais), e correspondem ao que se poderia considerar como sendo da esfera de uma visualidade óptica<sup>13</sup>. A seguir, a câmera percorre uma imagem em preto e branco que, em seu aspecto difuso e indefinido, instiga o espectador a um tipo de olhar que se aproxima de uma visualidade háptica<sup>13</sup>. O que se vê sugere algo do domínio do biológico, mas essa percepção já é resultado do movimento do espectador de lançar mão de um repertório de imagens internalizadas. Aos poucos, percebe-se que se trata da imagem de uma célula vista ao microscópio<sup>(9)</sup>, ferramenta tecnológica que, em seu caráter revelador, participa do processo de produção de subjetividade. Em seguida, o plano se expande e vê-se que a imagem está sendo mostrada em um monitor, acompanhada de explicações dadas pelo médico sobre o número de cromossomos humanos e a presença de um cromossomo extra no par 21 que caracteriza a SD. A imagem ao microscópio retorna e a luz esverdeada que dele emana cede lugar ao verde do olho de Asparuh. A sequência ilustra como o discurso biomédico participa da composição de uma narrativa sobre a pessoa; além disso, faz a conexão entre a marca genética da identidade e a pessoa real, com intermediação da tecnologia científica.

Laura Marks<sup>13</sup>, em seu livro *The skin of the film*<sup>(d)</sup>, sobre cinema intercultural, estabelece a diferença entre visualidade óptica e visualidade háptica no tocante à forma como o espectador percebe: a primeira se referindo a uma forma de olhar que pressupõe uma separação entre aquele que vê e o objeto, com valorização da percepção de profundidade (o que leva a uma definição de formas e conseqüente identificação desse objeto); e, a segunda, a uma forma de visualização que percorre a superfície do objeto e nela se mantém em vez de mergulhar em sua profundidade, priorizando discernir texturas em vez de formas. A visualidade háptica instiga o espectador a se manter na imagem ao invés de ser levado pela narrativa.

Neste ponto, Marks explicita seu alinhamento com a teoria de Gilles Deleuze<sup>21,22</sup> sobre cinema. Ao afirmar que a imagem háptica, que requer, daquele que vê, o uso de recursos internos para completá-la, corresponderia ao que Deleuze<sup>21</sup> denomina de imagem-tempo; enquanto a imagem óptica se aproximaria da imagem-movimento<sup>22</sup>, a qual contém os elementos necessários para sua compreensão. Ambos os tipos de visualização são indispensáveis ao viver diário (para dirigir um carro, é necessária a visão óptica; para o contato físico de uma relação íntima, a visão háptica é mais apropriada, exemplifica Marks<sup>13</sup>) e estão presentes no cinema. Todavia, filmes que enfatizam o tipo de visualidade háptica, como os interculturais, os de orientação feminista e pós-colonial, têm sido associados à veiculação de críticas à visualidade óptica como perspectiva afim à dominação e ao controle, por estabelecer uma distância entre o espectador e o objeto visualizado, resultando em um conhecimento 'sobre' o mesmo, e por negar o caráter corporificado da percepção visual<sup>13</sup>.

Se, no cinema intercultural, imagens hápticas, cujo significado é pouco claro, são usadas para suscitar a memória dos sentidos, de forma a representarem experiências resultantes de um deslocamento cultural traumático que não podem ser lembradas ou verbalizadas<sup>13</sup>; nos filmes sobre deficiência, elas sugerem uma incerteza ligada a um aspecto de identidade que, apesar de estar dado no corpo, apresenta-se como desconhecido. Esse tipo de imagem é capaz de salientar a materialidade da SD e do aspecto corpóreo de Asparuh, apresentando uma afinidade com o núcleo de corporeidade.

A descoberta do esporte serve como estímulo vital para Asparuh. Sua dedicação o leva a participar das Olimpíadas Especiais, com excelentes resultados. No entanto, apesar do destaque, ele não consegue completar os estudos nem realizar seu sonho de ingressar na Academia de Desportos da Bulgária. O filme termina nesse impasse, na sensação de desperdício de vida que é compartilhada pelos pais e pelo próprio Asparuh. Então, a mesma imagem dos cromossomos no monitor regressa na cena final do filme. Ao mesmo tempo em que representa o fa(r)do que Asparuh carrega, parece recuperar a mesma incerteza sugerida no início do filme: incerteza quanto ao futuro e quanto ao lidar com pessoas com SD de forma mais criativa.

O núcleo narrativo de superação tem como personagem principal o herói e suas conquistas. De modo geral, os filmes com esse tipo de enredo contêm elementos do núcleo narrativo médico que, como já apontado, são importantes na produção de subjetividade. Todavia, a ênfase é colocada na capacidade de superação das dificuldades (e da própria deficiência), diluindo o aspecto de diferença (de ser 'outro') enquanto condição de imperfeição, e exaltando as conquistas que trazem a noção de igualdade (ou de ser o 'mesmo'), em muitos casos, confundida com a igualdade de direitos subjacente aos valores democráticos. Mais do que contar uma história sobre a vida dessas pessoas, o que se observa é a tentativa dessas pessoas de 'performarem' a vida que é

<sup>(d)</sup> Cabe notar que a audiodescrição utilizada no festival desmonta o impacto da incerteza ao anunciar que se trata de uma imagem vista ao microscópio.

<sup>(d)</sup> Em tradução livre: A pele do filme.

narrada, ou seja, de construírem para si uma narrativa que é vivida para lograr a aquisição de uma identidade estável e sob controle<sup>23,24</sup>. A mensagem implícita é a de que pessoas com SD são como quaisquer outras, e os relatos traduzem um quadro de sucesso dentro dos parâmetros estabelecidos de normalidade, o que significa que as personagens retratadas se apresentam e se comportam o mais próximo possível desse padrão. O tom narrativo adotado resvala para o paternalismo, sugerindo a ativação de fortes mecanismos de compensação. Conforme mencionado, o enredo da superação surge atrelado a um movimento político que expõe o papel da sociedade no estabelecimento e na manutenção de preconceitos, resultando na exclusão de pessoas com deficiências. Porém, quando a ênfase dada à superação ganha proporções exageradas, acaba reafirmando aquilo que se deseja questionar, isto é, o modelo de normalidade como padrão único para o humano. Em nome da diferença, a presença e a valorização da superação trazem o risco de invisibilidade, seja de necessidades diferenciadas, seja da própria pessoa com SD em prol da vitória de uma expectativa social.

A produção canadense *Um sonho possível*<sup>25</sup> é um exemplo do núcleo narrativo de superação, e conta a história de Andrea Friedman, de 26 anos. Logo no início, uma voz em *off* descreve Andrea e sua vida “de causar inveja a qualquer moça”: considerada uma atriz de sucesso, divide sua vida profissional entre participações em filmes como convidada e o trabalho em um escritório de advocacia. Vive sozinha em Los Angeles, dirige seu próprio carro e passa as noites com amigos ou com o namorado em passeios junto ao mar.

O filme conjuga dois núcleos narrativos: o médico e o de superação. O primeiro narra em detalhes o choque do diagnóstico, a mesma orientação narrada no filme anterior de não investir afetivamente na criança, e todas as escolhas e os percalços pelos quais sua família passou para educá-la e para criar uma forma própria de lidar com o desconhecido. Porém, considera-se que o núcleo de superação é mais central, uma vez que a ênfase é dada à descoberta, incentivo e comprovação das capacidades de Andrea, emoldurada pelo conjunto heroico de valores, característico da sociedade norte-americana. Os pais são os narradores principais e seus discursos apresentam-se ambíguos, ora valorizando Andrea em suas capacidades e limitações, ora explicitando expectativas de uma normalidade ‘diferenciada’, quer dizer, uma normalidade que apenas levaria um pouco mais de tempo a ser alcançada. A exaltação da “vida invejável” só tem sentido a posteriori, diante do ‘sucesso’ alcançado por Andrea. Contribui para reduzir a corporeidade da síndrome, uma vez que a medida do sucesso é o padrão de capacidades vinculado à normalidade. Desta forma, cria-se uma imagem coesa de Andrea, reduzindo o sentimento de fragmentação, instabilidade e multiplicidade que a SD (e a deficiência em geral) é capaz de suscitar. Contudo, o esforço de unificação, manifesto por meio de significados naturalizados que contemplam sua disposição afetiva e otimista e seu caráter puro, quase divino, apresenta brechas que ficam claras diante da inegável sensação de frustração de Andrea ao se perceber diferente da normalidade e do seu desejo de não ter a síndrome se lhe fosse dado escolher.

O terceiro núcleo narrativo, o de corporeidade, privilegia uma perspectiva sincrônica na vida de pessoas com SD. Mais do que provar capacidades, estes filmes reconhecem a diferença trazida pela SD, com a constatação de aspectos de luto necessários à construção de possibilidades criativas de estar-no-mundo, sem que isso signifique impor um regime de comparação e competição com um modelo de normalidade predefinido. Os enredos buscam potencializar qualidades, tais como, meticulosidade, compromisso, cuidado e capacidade de imitação, consideradas comuns a essas pessoas, no sentido de promover a sua inserção como adultos no mercado de trabalho e na sociedade.

Um *monte de coisas*<sup>26</sup> é um filme suíço que exemplifica este núcleo narrativo. Trata da vida de Thomas Bouchardy, rapaz com 26 anos que mora com os pais e trabalha como garçom em um restaurante. Como produção com enredo predominantemente de corporeidade, o filme prioriza a materialidade do objeto/sujeito cinematográfico por meio de elementos táteis, imagéticos e sonoros.

O primeiro aspecto que chama a atenção são as imagens que simulam o uso de película (monocromática), apontando para a materialidade do próprio filme enquanto objeto físico. O aspecto granuloso da imagem, que remete a uma produção antiga, traz um aspecto tátil, sugerindo textura.

Um segundo aspecto diz respeito ao modo como a câmera se aproxima do rapaz, sendo recorrente a opção por recortes fechados do seu corpo –rosto, olhos, mãos – ou por detalhes, como o expelir da fumaça do cigarro. Quando Thomas, com um ar divertido após correr muito, lambe a secreção

que escorre do nariz, a sequência aponta para a quebra no padrão 'adequado' de comportamento público, explicitando uma forma de 'vazamento' literal (ainda que não tão drástico quanto urinar ou evacuar, passível de acontecer em outras deficiências) mas, sobretudo, figurativo<sup>24</sup>, que é associado aos corpos com deficiências em contraposição ao corpo normal, considerado como sob controle, intacto e fechado<sup>27,28</sup>. Com esse tipo de enquadramento e de imagem, a presença corpórea de Thomas é constantemente sublinhada.

O sentido da audição também é ativado pelo filme de forma a reforçar a presença corporal: seja pelo registro da respiração do rapaz, quase sempre audível (o que remete a possíveis problemas do sistema respiratório, frequentes em pessoas com SD), e que ocupa os momentos de silêncio, dando-lhes ritmo, o ritmo de Thomas; seja pelo uso de sons, como o sopro em garrafas, produzindo música, ou a eructação após beber cerveja no gargalo (outra forma de falta de controle 'adequado').

O filme mostra a vida de Thomas com prazeres, dificuldades, frustrações, medos, anseios, sem que haja a necessidade de corrigi-lo, de encobrir suas dificuldades ou de estabelecer metas a serem alcançadas. Ele se diz muito preocupado em passar uma "boa imagem" de pessoas como ele, contrapondo-se àquela passada por pessoas com SD que "se comportam mal". Quais seriam essas imagens que o afetam como parte de um grupo do qual ele se torna porta-voz?

Marks<sup>13</sup>, em seu já citado livro, discute o aspecto de indexicalidade do cinema em geral e do documentário em particular. Porém, a relação indexical com o real por ela enfatizada não diz respeito apenas à questão de o filme ser ou não uma representação fiel do mesmo (especialmente, no caso do documentário, no qual esse aspecto é considerado como central). Refere-se à própria 'marca' que é deixada por um objeto na superfície do filme (ou que é codificada eletronicamente), ou seja, a uma conexão material com aquilo que está diante da câmera para ser filmado (semelhante à marca, ou índice, que a circunstância da tomada deixa em um suporte que 'roda' na câmera<sup>12</sup>). Os argumentos centrais desta autora, ligados aos aspectos metafóricos do título do livro, são os de que o filme possui uma materialidade que o torna "impressionável e condutivo, como a pele"<sup>13</sup> (p. xii), e que permeia o contato entre espectador e objeto representado, por meio do qual o filme se torna significativo. Esse contato material se expande pelo fato de o filme ser visto por diversas audiências, em uma espécie de contágio advinda dessa ideia de materialidade que 'afeta' o espectador, cuja presença, por sua vez, é capaz de 'marcar' o filme. A autora sugere, ainda, que o cinema constitui uma experiência multissensorial, envolvendo outros sentidos além da visão, de forma que certas imagens podem ser consideradas táteis em si, como se o espectador pudesse 'tocá-las' com os olhos.

É interessante notar como essas ideias – que Marks<sup>13</sup> desdobra e aprofunda em seu livro como uma teoria sensorial de representação aplicada ao cinema intercultural – apresentam afinidades com a estética da deficiência desenvolvida por Siebers<sup>16</sup>, sendo capazes de suscitar novos entendimentos acerca do cinema sobre deficiência. Apesar de Siebers não se referir a um tipo de visualidade háptica nas obras de arte, seu questionamento sobre concepções mais abstratas e idealistas de arte, que tendem a desconsiderar a corporeidade subjacente à estética, encontra aproximação com as ideias de Marks. A estética da deficiência traz uma recusa à hegemonia do corpo saudável, confortavelmente 'ausente'<sup>27</sup> em seus aspectos implícitos de harmonia, integridade e beleza, considerado como padrão único de definição da estética. Segundo Siebers<sup>16</sup>, a incorporação da deficiência aos padrões estéticos, e, implicitamente, das noções de fragmentação, vazamento e interrupção associadas ao corpo com deficiência, que o colocam em contraste com o corpo individual impenetrável<sup>27</sup>, permite repensar as noções de diferença e de variação dos corpos humanos.

Cabe mencionar que as produções brasileiras, tais como, *Do luto à luta*<sup>29</sup>, *De arteiro a artista: a saga de um menino com síndrome de Down*<sup>30</sup> e *Meu olhar diferente sobre as coisas*<sup>31</sup>, tendem a seguir a mesma linha que enfatiza o núcleo narrativo de superação. Ainda que incluam elementos do núcleo médico ou temas afins ao núcleo de corporeidade, aliados a imagens mais próximas de uma visualidade háptica, tais produções trazem enredos cuja foco principal é narrar os sucessos dessas pessoas em detrimento das dificuldades, de forma a diluir as diferenças que as separam da normalidade. A predominância desse núcleo nessas produções sugere uma característica cultural que reflete a relutância em conviver com a diferença que cerca os corpos não normativos fora da moldura de normalidade.

## Considerações finais

De modo geral, observa-se que, nos filmes sobre SD, a tendência é a de organizar a experiência, incluir a pessoa com SD na vida linear rotineira em um processo de acomodação, apesar dos momentos de incerteza quanto ao futuro, ou, mesmo, quanto à identidade dessas pessoas. Neste sentido, os filmes sobre SD contrastam com produções sobre outras deficiências, tão desconcertantes que a vida ordinária, linear e organizada não é possível, nas quais a visualidade háptica é mais explorada para expressar aquilo que não se consegue apreender racionalmente. Contudo, certas fraturas persistem nos filmes sobre SD, como consequência, sobretudo, da presença do déficit cognitivo, e aparecem nas entrelinhas dos discursos ou em visualidades subjacentes. Apontam para os limites da inclusão, ou, talvez, para uma idealização de inclusão que significaria uma diluição da diferença. Desta forma, a tentativa de construir uma imagem única da SD (clara como a categoria diagnóstica) não se sustenta, e o que aparece são múltiplas formas de se ter SD que compartilham – mas vão além de – aspectos comuns.

A oscilação entre a necessidade de igualdade e a marca intransponível da diferença expõe a dificuldade de se encontrarem novos modelos para essas pessoas que levem em consideração formas de vida descoladas do padrão de indivíduo autônomo, racional e coeso, considerado como universal<sup>32</sup>. A busca por autonomia de vida e de movimento, que é pautada por coreografias específicas, contrapõe-se à dependência dos pais ou de outras pessoas, impossibilitando o cumprimento de determinadas expectativas. A ambivalência daí decorrente gera ambiguidade nos discursos, enfraquecendo a mensagem política que a faceta de ativismo, subjacente aos filmes e ao próprio festival, deseja transmitir.

Os vários núcleos narrativos, que coexistem em um mesmo relato, utilizam diferentes estratégias para contar sobre essas vidas. Ainda que as diferenças entre os núcleos sejam significativas, apontando para olhares e perspectivas muitas vezes opostos, o elemento de materialidade é recorrente, seja porque é transmitido intencionalmente pelo enfoque adotado pelo diretor, seja porque a presença dos corpos das pessoas com SD (com suas marcas e contornos) se impõe mesmo em narrativas que se esforçam por esfumaçá-la na normalidade. Neste sentido, a constatação de uma estética da deficiência, como considera Siebers<sup>16</sup>, 'provoca e afeta' o espectador em seus conceitos de belo e adequado; explicita o aspecto disruptivo dessas imagens, e convida o espectador a sustentar o incômodo e o desconcerto diante da SD (e da deficiência em geral), sensações estas capazes de provocar questionamentos e reflexões que permitam desestabilizar a utopia do corpo normal universal. Em seu aspecto disruptivo, não se trata de um corpo 'incluso', que se dilui sendo o 'mesmo' que outros, mas de um corpo 'intruso'<sup>33</sup>, que afeta, instiga, questiona, desafia e se recusa a mergulhar no isolamento e na unilateralidade da inclusão.

### Referências

1. Goodley D, Hughes B, Davis L. Conclusion: disability and social theory. In: Goodley D, Hughes B, Davis L, editors. *Disability and social theory: new developments and directions*. New York: Palgrave Macmillan; 2012. p. 308-16.
2. Gilbert ACB. Disability film festivals: biological identity(ies) and heterotopia. In: Tascón S, Wills T, editors. *Activist film festivals: towards a political subject*. UK: Intellect; 2016 (no prelo).
3. Foucault M. Of other spaces. *Diacritics*. 1986; 16(1):22-7.
4. Johnson P. Unravelling Foucault's 'different spaces'. *Hist Hum Sci*. 2006; 19(4):75-90.



5. Foucault M. História da sexualidade 2: o uso dos prazeres. 11a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2006.
6. Fonseca CT, Amaral DM, Ribeiro MG, Bezerra ICR, Guimarães MM. Insulin resistance in adolescents with Down syndrome: a cross-sectional study. BMC Endocr Disord [Internet BioMed Central]. 2005 [acesso 26 Set 2005]; 5:6. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6823/5/6>
7. Haraway DJ. Modest\_Witness@Second-Millennium.FemaleMan@\_Meets \_ OncoMouse™. New York: Routledge; 1997.
8. Rose N. The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press; 2007.
9. Greimas AJ. On meaning: selected writings in semiotic theory. Minneapolis: University of Minnesota Press; 1987.
10. Eco U. The role of the reader: explorations in the semiotics of texts. Bloomington: Indiana University Press; 1979.
11. Aufderheide P. Documentary film: a very short introduction. Oxford: Oxford University Press; 2007.
12. Ramos FP, organizador. A cicatriz da tomada: documentário, ética e imagem-intensa - teoria contemporânea do cinema, v. II. São Paulo: Senac; 2005. p. 159-226.
13. Marks LU. The skin of the film: intercultural cinema, embodiment, and the senses. Durham-London: Duke University Press; 2000.
14. Hacking I. The social construction of what? Cambridge: Harvard University Press; 2000.
15. Jutel A. Putting a name to it: diagnosis in contemporary society. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2011.
16. Siebers T. Disability aesthetics. Ann Arbor: The University of Michigan Press; 2010.
17. Chandler D. Semiotics: the basics. 2nd ed. London: Routledge; 2007.
18. Landsman GH. Reconstructing motherhood and disability in the age of "perfect" babies. New York-London: Routledge; 2009.
19. Ginsburg F, Rapp R. Disability worlds. Annu Rev Anthropol. 2013; 42:4.1-4.16.
20. Diagnóstico [filme]. Direção: Eldora Traykova. Bulgária; 2000. 27'.
21. Deleuze G. Cinema I: the movement-image. London: Bloomsbury; 1986.
22. Deleuze G. Cinema II: the time-image. London: Bloomsbury; 1989.
23. Allison JMJ. Narrative and time: a phenomenological reconsideration. Text Performance Q. 1994; 14(2):108-25.
24. Lindemann K. 'Cleaning up my (father's) mess: narrative containments of "leaky" masculinities'. Qual Inq. 2010; 16(1):29-38.
25. Um sonho possível [filme]. Direção: Hilary Pryor. Canadá; 2006. 49'.
26. Um monte de coisas [filme]. Direção: Germinal Roaux. Suíça; 2004. 28'.
27. Shildrick M. Embodying the monster: encounters with the vulnerable self. London-Thousand Oaks-New Delhi: Sage; 2002.
28. Hughes B. Civilising modernity and the ontological invalidation of disabled people. In: Goodley D, Hughes B, Davis L, editors. Disability and social theory: new developments and directions. New York: Palgrave Macmillan; 2012. p. 17-32.
29. Do luto à luta [filme]. Direção: Evaldo Mocarzel. Brasil; 2004. 76'.



30. De arteiro a artista: a saga de um menino com síndrome de Down [filme]. Direção: Rodrigo Paglieri. Brasil; 2012. 28'.
31. Meu olhar diferente sobre as coisas [filme]. Direção: Gilca Maria da Silveira. Brasil; 2013. 68'.
32. Gilbert ACB. Vértice do impensável: um estudo de narrativas em síndrome de Down. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
33. Laponi E. Corpo intruso - mapa ferido - manifesto anti-inclusão. 2011 [acesso 14 Set 2013]. Disponível em: <http://monologosnamadrugada.blogspot.com.br/2011/11/corpo-intruso-e-manifesto-anti-inclusao.html>

Gilbert ACB. Narrativas sobre síndrome de Down en el Festival Internacional de Películas sobre Deficiencia *Assim Vivemos*. Interface (Botucatu). 2017; 21(60):111-21.

El Festival Internacional de Películas sobre Deficiencia *Assim Vivemos* se realiza bienalmente en Brasil desde 2003. Busca involucrar al público en nuevas perspectivas sobre deficiencia por medio de películas, actividades interactivas, imágenes y discursos institucionales. En este artículo se analizan las películas cuyo tema central es el síndrome de Down exhibidas entre 2003 y 2013, con el objetivo de examinar el tipo de construcción narrativa y las imágenes y los significados sobre personas con esa condición difundidos en el festival. Se utilizaron estrategias etnográficas en el tratamiento del material empírico y procedimientos semióticos de lectura isotópica en su análisis. Se identificaron tres núcleos narrativos principales que siguen el desarrollo teórico sobre deficiencia, siendo que uno de ellos se presenta alineado con lo que se ha denominado 'estética de la deficiencia'.

*Palabras clave:* Festivales de cine. Deficiencia. Síndrome de Down. Imagen. Cultura.

Submetido em 05/01/16. Aprovado em 02/05/16.



# Medidas judiciais atinentes à atenção em saúde mental de adolescentes em conflito com a lei

Ricardo Henrique Soares<sup>(a)</sup>  
 Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira<sup>(b)</sup>  
 Keler Cristina Leite<sup>(c)</sup>  
 Gustavo Chiesa Gouveia Nascimento<sup>(d)</sup>

Soares RH, Oliveira MAF, Leite KC, Nascimento GCG. Judicial measures related to the mental health of teenagers in conflict with the law. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):123-31.

This research consists of a documental approach performed in the Court for Minors of São Paulo. It includes the judiciary decisions related to the process of forwarding children and teenagers that are users of psychoactive substances for their treatment in the mental health system. This study analyzes the orientation of judicial decisions by their relation to the model of care adopted in real cases. Here, two models are discussed: the psychiatric classic model and the model of care proposed by the psychiatric reform. The results revealed that, in advance, there are not specific orientations that define the health assistance given to children and teenagers. Thus, two conditions for determining the mental health paradigm that is adopted in judiciary decisions are needed: first, an evaluation of the territorial sphere of the patients and second, the knowledge of the specific mental health service that has been indicated for the treatment.

**Keywords:** Teenagers in conflict with the law. Psychiatric reform. Territoriality.

Com base em uma pesquisa documental realizada na Vara da Infância e Juventude de São Paulo, que continha decisões judiciais determinando o encaminhamento de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas para tratamento no campo da saúde mental, este estudo objetivou analisar a orientação das decisões judiciais em relação ao modelo assistencial adotado nos casos concretos: o modelo psiquiátrico clássico ou o modelo de assistência proposto pela reforma psiquiátrica. Os resultados revelaram que, "a priori", não há uma orientação assistencial definida, havendo a necessidade da análise do caso concreto, especialmente em relação a duas condições essenciais para a determinação do paradigma assistencial no campo da saúde mental adotado nas decisões judiciais: avaliação da esfera territorial dos pacientes e o conhecimento do específico serviço de saúde mental indicado para o tratamento.

**Palavras-chave:** Adolescente em conflito com a lei. Reforma psiquiátrica. Territorialidade.

<sup>(a,b,c,d)</sup> Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP). Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. São Paulo, SP, Brasil. 05403-000. rsoares@usp.br; marciaap@usp.br; kellercleite@gmail.com; gustavocgn@gmail.com

## Introdução

Decorrente do princípio da inafastabilidade do controle jurisdicional<sup>1</sup>, a atuação do Poder Judiciário no campo da saúde mental, como em qualquer campo do conhecimento, é fundamental para a manutenção das garantias e dos direitos individuais das pessoas acometidas de sofrimento mental.

Essa atuação específica do Judiciário no campo da saúde mental merece nossa atenção em função do processo de transformação que as teorias e técnicas assistenciais em saúde mental vêm sofrendo nas últimas décadas, com as reivindicações do movimento de Reforma Psiquiátrica em prol da humanização do cuidado e de inclusão de modelos assistenciais alternativos aos tratamentos psiquiátricos asilares, privilegiando modelos baseados em dispositivos de rede comunitária de atenção psicossocial, em detrimento do modelo psiquiátrico tradicional, centralizado no tratamento hospitalar.

Em termos de modelo de atenção em saúde mental, o movimento de Reforma Psiquiátrica privilegia a adoção de tecnologias diversas das de caráter manicomial, propondo um modelo de assistência baseado em dispositivos de rede comunitária de atenção psicossocial, em detrimento do modelo psiquiátrico tradicional, centralizado no tratamento hospitalar.

Comparando as características dos paradigmas da psiquiatria tradicional e da reforma psiquiátrica<sup>2,3</sup>, podemos observar que, enquanto a psiquiatria clássica trata da relação entre o médico e o paciente (doença), a atenção psicossocial de saúde mental trata de uma rede de relações entre sujeitos: cuidadores (assistentes sociais, médicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, músicos, artistas plásticos, artesãos, etc.) e sujeitos que vivem a experiência do sofrimento mental (usuários e familiares). A psiquiatria tradicional é centralizada, basicamente, no tratamento das doenças, enquanto a atenção psicossocial é centralizada na pessoa – fato que amplia o campo da saúde mental e os serviços constituem dispositivos de trocas sociais. Outra característica fundamental que diferencia os paradigmas da psiquiatria clássica e do serviço de saúde mental e atenção psicossocial se refere ao trabalho de base territorial. A psiquiatria tradicional não desenvolve o serviço em rede territorial, restringindo o serviço à sede da instituição. Para a atenção psicossocial, o serviço de base territorial é imprescindível, e visa desenvolver, ao máximo, as relações entre os usuários e seus familiares com os recursos existentes na comunidade, criando alianças sociais com diversos setores, valendo-se da intersectorialidade como forma de compor uma articulação e cooperação simultânea entre diversos seguimentos.

A Reforma Psiquiátrica tenta oferecer uma proposta de redução de danos e de desvantagens sociais como alternativa ao tratamento baseado no confinamento dos indivíduos acometidos de transtornos mentais e de usuários de substâncias psicoativas<sup>4</sup>.

No âmbito jurídico, o movimento de Reforma Psiquiátrica se expressa formalmente no Brasil por meio da Política Nacional de Saúde Mental<sup>5</sup> e pela instituição da lei 10.216/2001<sup>6</sup> no ordenamento jurídico vigente. A Política Nacional de Saúde Mental visa a consolidação de um modelo de atenção em saúde mental de base comunitária como substituto do modelo hospitalar especializado, e se apoia na Lei 10.216/2001. Este diploma legal, conhecido como Lei da Reforma Psiquiátrica, caracteriza-se, sobretudo, por assegurar os direitos das pessoas com transtornos mentais sem qualquer forma de discriminação, e reorienta o modelo de assistência em saúde mental para serviços, preferencialmente, extra-hospitalares.

É no cerne do processo de mudanças teórico-práticas no cuidado em saúde mental e no contexto de implantação de políticas públicas frente à condição de pessoas usuárias de substâncias psicoativas que o presente estudo se propôs analisar as decisões do Poder Judiciário no campo da saúde mental, delimitando a problemática de análise dessas decisões ao âmbito de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, especialmente com relação à orientação teórico-técnica do campo da saúde mental adotada pelo Judiciário, com o objetivo de responder a questão: *as decisões do Poder Judiciário no campo da saúde mental estão orientadas para o modelo de assistência psiquiátrica tradicional ou para o modelo de assistência proposto pela reforma psiquiátrica?*

## Método

Este é um estudo de abordagem qualitativa, norteado pela questão dos modelos de assistência psiquiátrica e da reforma psiquiátrica no âmbito de decisões judiciais. É baseado numa dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo<sup>7</sup>.

Os dados empíricos foram coletados dos documentais de processos judiciais do acervo de um das Varas Especiais da Infância e da Juventude da Comarca de São Paulo, a partir da concessão da respectiva autorização judicial, bem como pela aprovação no competente Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

A seleção dos processos judiciais do acervo de uma das Varas Especiais da Infância e da Juventude da Comarca de São Paulo se deu no mês de maio de 2012, e seguiu critério não probabilístico, incluindo processos que continham decisões judiciais envolvendo o encaminhamento judicial aos serviços de saúde mental, restando selecionados cinco processos. Os documentos dos processos abrangeram não apenas os documentos referentes às decisões dos juízes, mas os demais documentos que instruíram o processo, como manifestações dos órgãos do Ministério Público, da Defensoria Pública e da Fundação CASA (Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente), uma vez que tais documentos estabeleciam uma intertextualização em cada processo.

Com vistas a preservar a confidencialidade e o sigilo das informações contidas nos documentos forenses, que são protegidos legalmente pelo segredo de justiça<sup>1,8,9</sup>, os fragmentos dos textos foram reproduzidos de modo a não permitirem a identificação das partes envolvidas.

## Resultados

### Decisões judiciais de encaminhamento aos serviços de saúde mental

- **Primeiro processo:** a decisão judicial determinou a medida socioeducativa de Liberdade Assistida, pelo prazo de seis meses, cumulada com medida protetiva do artigo 101, inciso VI, do Estatuto da Criança e do Adolescente (E.C.A.). Nessa decisão, o juiz afirma expressamente que o deferimento da medida protetiva se deve ao requerimento da Defesa do adolescente, no qual há a indicação específica do CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) como aparelho de saúde mental destinado ao tratamento do adolescente.
- **Segundo processo:** a decisão é composta de medida socioeducativa de Semiliberdade sem prazo determinado e de medida protetiva do artigo 101, inciso VI, do E.C.A., constando expressamente, na instrução processual, que as partes: o Ministério Público e a Defensoria Pública acordaram no sentido de encaminhar o jovem para tratamento no CAPSad.
- **Terceiro processo:** a decisão homologa a remissão concedida pelo Ministério Público ao adolescente e comina a esta medida protetiva do artigo 101, inciso V, do E.C.A. O juiz atribui, em sua decisão, que esta medida protetiva por ele decretada atende ao pedido feito pelo Ministério Público, que, expressamente, requereu o encaminhamento do adolescente para “tratamento psicológico”.
- **Quarto processo:** apresenta duas decisões judiciais relativas ao campo da saúde mental. A primeira delas foi tomada durante a instrução processual, na qual foi determinado o encaminhamento do adolescente ao CAPS-Sé “para avaliar se é necessária internação compulsória para tratamento de drogadição, especialmente no SAID”. Nessa decisão, o juiz requer o parecer da equipe técnica do CAPS da região Sé para decidir sobre a eventual internação compulsória do adolescente para o tratamento. Além disso, caso o parecer seja favorável à internação, a decisão indica, expressamente, o respectivo serviço de saúde mental para onde o adolescente deverá ser encaminhado, qual seja, para o SAID (Serviço de Atenção Integral ao Dependente – instituição ligada ao Hospital Samaritano com foco no tratamento de dependentes químicos). Na sentença judicial, apresenta-se a segunda decisão

de âmbito da saúde mental, consistente na aplicação, ao adolescente, da medida socioeducativa de Internação, sem prazo determinado, cumulada com medida protetiva do artigo 101, VI, do E.C.A. Neste processo, a Fundação CASA se manifesta no sentido de que o jovem “poderá frequentar o CAPSad mais próximo de sua unidade de internação”.

▪ **Quinto processo:** contém a decisão de aplicar, ao adolescente, o cumprimento da medida socioeducativa de Internação, sem prazo determinado, cumulada com “medida de tratamento para drogadição”, do artigo 101, VI, do E.C.A. Nesta decisão, consta que o adolescente, em sua audiência de apresentação, “concorda em tratamento para se livrar das drogas”.

## Discussão

### Orientação das decisões judiciais em relação à assistência em saúde mental

A partir do exame das decisões judiciais contidas nos cinco processos coletados, podemos verificar, com exceção de um processo, a incidência de duas medidas judiciais simultâneas e distintas aplicadas sobre o mesmo adolescente: as medidas socioeducativas e as medidas protetivas. As primeiras são referidas à dimensão infracional, ou seja, estão afetas ao adolescente tomado enquanto adolescente em conflito com a lei. As medidas protetivas são concernentes ao adolescente considerado como sujeito de cuidados e de proteção<sup>8</sup>.

Podemos observar que a maioria dos processos analisados apresentou, como dispositivo legal para aplicação das medidas protetivas, o inciso VI do artigo 101 do E.C.A.<sup>8</sup>, enquanto apenas um dos processos empregou o inciso V do mesmo diploma legal. A diferença entre esses dispositivos relaciona-se ao alcance do tratamento em saúde. Enquanto o inciso VI destina-se especificamente ao tratamento em saúde mental de crianças e adolescentes usuários de substâncias psicoativas, o inciso V tem uma dimensão ampla, abrangendo a esfera da saúde no âmbito geral da medicina e da saúde mental, seja no campo da psicologia ou no campo da psiquiatria.

Outra consideração pertinente a esses processos está relacionada à menção específica do serviço de saúde mental destinatário dos encaminhamentos. Constatamos que, em três processos, há a indicação expressa do CAPSad (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas) como o respectivo aparelho de saúde mental para onde os adolescentes devem ser encaminhados para tratamento. No primeiro processo, o pedido expresso de encaminhamento ao CAPSad é feito pela Defensoria Pública. Já no segundo processo, esse requerimento é realizado em consenso pelo Ministério Público e pela Defensoria Pública. O quarto processo é referido ao CAPS expressamente pelo próprio juiz, ao requisitar uma avaliação, bem como pela equipe técnica da Fundação CASA.

Os demais processos (terceiro e quinto) não especificam expressamente o serviço de saúde mental para o qual os adolescentes devem ser encaminhados. Todavia, podemos realizar algumas inferências a partir da análise contextual desses processos.

O terceiro processo apresenta a homologação do juiz em face dos requerimentos do Ministério Público: remissão e aplicação de medida protetiva do artigo 101, inciso V, do E.C.A.. Esse dispositivo legal, que garante a possibilidade de o juiz requisitar “tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial”, aparece no requerimento do Ministério Público com a indicação expressa de que a medida protetiva consiste em “tratamento psicológico”. Essa ressalva, além de excluir as possibilidades de que o tratamento seja médico ou psiquiátrico, pressupõe que o regime de tratamento não seja hospitalar em virtude do próprio exercício profissional da Psicologia. Ainda podemos inferir que o regime de tratamento não seja hospitalar em razão da manifestação do Promotor de Justiça no sentido de estimar que o uso de drogas feito pelo adolescente se trata de uma questão pontual e circunstancial: “O declarante não é viciado em crack, conhece as consequências nefastas da droga e não mais fará uso de drogas.”.

O quinto processo também não indica expressamente o serviço de saúde mental ao qual o jovem é destinado. No entanto, podemos identificar referências alusivas às características dos serviços do CAPS na manifestação técnica da “área psicológica” da Fundação CASA: “Perante o exposto, faz necessário



o jovem ser estimulado por uma equipe multidisciplinar a desenvolver suas potencialidades e, através dos atendimentos psicossociais, estimulado a valorizar novas possibilidades de vida". Podemos notar, ainda, que, ao aplicar a medida socioeducativa de internação cumulada com medida protetiva, a decisão judicial não determina expressamente que o "tratamento para drogadição" seja feito em regime hospitalar, pressupondo-se que o adolescente permanecerá sob custódia na Fundação CASA, e não em instituições hospitalares.

Observando três processos (primeiro, segundo e quarto) em que há a indicação expressa do CAPS como serviço de saúde mental destinado ao tratamento dos adolescentes, a resposta tenderia a corresponder ao modelo de assistência preconizado pelo movimento de Reforma Psiquiátrica, vez que o CAPS constitui dispositivo central da logística do serviço de saúde mental de rede comunitária, que se propõe como substituto aos serviços de saúde mental centrados no hospital psiquiátrico e na assistência psiquiátrica tradicional. No entanto, se nos detivermos mais atentamente à totalidade da espécie, poderemos constatar que essa conclusão pode ser precipitada em função da aplicação de determinadas medidas socioeducativas em conjugação com o encaminhamento ao CAPS, de modo que devemos examinar a compatibilidade entre o cumprimento das medidas socioeducativas e o tratamento oferecido no CAPS, buscando verificar se este serviço conserva seu potencial e seu sentido dentro da lógica da rede comunitária de saúde mental, para podermos responder à questão de pesquisa.

Analisando, em primeiro lugar, a medida socioeducativa de internação agregada ao encaminhamento ao CAPS (quarto processo), constatamos, desde logo, a incidência de uma contradição entre essa medida privativa de liberdade e a lógica do CAPS como serviço de saúde mental em rede de base comunitária. Isso porque a aplicação da medida de internação interfere diretamente na dimensão do território do adolescente, não somente em decorrência da limitação espacial dada pelo regime de clausura próprio da medida de internação, mas em função do sentido social e simbólico conferido à concepção de território dentro da lógica da atenção psicossocial.

O conceito de território no âmbito da saúde mental em rede comunitária está ligado a uma noção integradora, não identificada somente como espaço natural nem apenas como espaço político, econômico ou cultural, mas considerada numa perspectiva totalizante dessas diferentes dimensões sociais. É nesse território integrado que as pessoas podem construir e exercer, efetivamente, o controle político e econômico e se apropriar dos recursos<sup>10</sup>.

Esse conceito de território é fundamental para a compreensão do serviço em rede de saúde mental, porque a própria rede comunitária pressupõe o território, de modo que falar em rede é, antes, falar em território. Isso significa que é a partir do território que a rede se organiza, propondo-se a substituir o serviço psiquiátrico tradicional (centrado no hospital psiquiátrico) por uma clínica ampliada de atenção psicossocial.

Nessa perspectiva de território relacional, material e simbolicamente integrado, o cumprimento da medida de internação se incompatibiliza com a lógica da rede de atenção comunitária do CAPS, proposta pela Reforma Psiquiátrica, uma vez que a internação (privação da liberdade) do adolescente o impede de se apropriar dos recursos e potenciais do território e de fortalecer seus laços familiares e comunitários, visando à reabilitação psicossocial.

Esse efeito restritivo e limitador imposto à dimensão do território dos adolescentes pela aplicação da medida de internação é denominado, por Haesbaert<sup>10</sup>, de desterritorialização ou territorialização precária. Segundo esse autor<sup>10</sup>, a precarização territorial "deve ser aplicada a fenômenos de efetiva instabilidade ou fragilização territorial, principalmente entre grupos socialmente mais excluídos e/ou profundamente segregados" (p. 312).

O conhecimento a respeito da esfera de territorialidade das crianças e adolescentes encaminhados a tratamento é importante também na medida em que o tipo de assistência oferecida está relacionado à permanência desses usuários no próprio tratamento. Estudo<sup>11</sup> realizado com o fim de analisar fatores que influenciam a permanência de adolescentes no tratamento no CAPS identificou que a integração do CAPS aos serviços da rede comunitária constitui uma das variáveis essenciais para a permanência desses usuários no serviço; demonstrando que os adolescentes que não se valeram de qualquer tipo de integração entre os diversos dispositivos da rede permaneceram menos tempo no CAPS, em relação

aos usuários que tiveram acesso aos serviços da rede. Ainda conforme o estudo<sup>11</sup>, a maior permanência do usuário de um CAPS integrado à rede comunitária se deve ao reconhecimento desse usuário de que ele faz parte da comunidade, e essa percepção de pertencimento pode estimulá-lo a permanecer em tratamento.

Nesse sentido, a contradição entre a medida socioeducativa de internação e o tratamento no CAPS estabelece-se a partir do conceito de território, pois, se por um lado, o serviço de saúde mental em rede comunitária demanda a apropriação do território num sentido integrado, de outro lado, o adolescente internado vive num território precário, que o incapacita de se valer dos potenciais do território-rede no processo de reabilitação psicossocial. Essa contradição entre o território precário (do adolescente internado) e o território integrado (do serviço em rede do CAPS) restringe o tratamento de saúde mental à esfera meramente clínica e ambulatorial, realizada no interior do prédio do CAPS, configurando-se numa simples inclusão no CAPS, e não numa inclusão no serviço de rede comunitária e atenção psicossocial proposto pelo CAPS.

Essa mesma contradição poderia recair, também, sobre o quinto processo, que, da mesma forma que o anterior, estabelece medida socioeducativa de internação cumulada com “medida de tratamento para drogadição”. E dizemos poderia recair porque não há a indicação expressa do aparelho de saúde mental destinado ao tratamento do jovem, de modo que, se o tratamento envolvesse a atenção psicossocial (e, como mencionado, pressupomos, pelo contexto, que sim), a contradição entre o território integrado da rede de atenção comunitária e a precarização do território do adolescente decorrente da medida de internação também se estabeleceria, constituindo-se como entrave essencial para o tratamento em saúde mental em rede comunitária.

Passando a analisar a conjugação entre a medida de semiliberdade com o encaminhamento ao CAPS (segundo processo), observamos a mesma contradição entre a necessidade de um território integrado para a realização do serviço de saúde mental em rede e o território precário do adolescente em cumprimento de medida de semiliberdade, apesar de o nível de precarização do território do adolescente ser menor do que a desterritorialização provocada pela medida de internação. Ou seja, a despeito de o nível de precarização territorial do adolescente ser inferior, no caso da medida de semiliberdade, já que o adolescente tem o direito de sair durante o dia da instituição socioeducativa para realizar as atividades atinentes a seu programa individual de atendimento, o jovem permanece institucionalizado e desfalcado da territorialidade integrada – circunstância que arrefece o potencial do serviço em rede comunitária e atenção psicossocial do CAPS.

Com relação à cumulação entre medida de liberdade assistida e o tratamento no CAPS (primeiro processo), observamos não haver contradição com relação à territorialidade. Isso porque o regime aberto da medida socioeducativa de liberdade assistida não provoca a precarização do território integrado do adolescente, que está livre para se apropriar das potencialidades e dos recursos do território, assim como o território se apropriar de seus potenciais, numa relação dialética promovida pela rede de atenção psicossocial irradiada e organizada pelo CAPS.

Essa mesma conclusão vale para o terceiro processo, se supusermos que o tratamento em saúde mental determinado pelo juiz deva ser realizado no serviço de estratégia de rede comunitária, pois, neste processo, não há cominação de qualquer medida socioeducativa, apenas a medida protetiva, “consistente em tratamento psicológico”, de modo que a noção de territorialidade do adolescente não seria comprometida por medidas socioeducativas. Todavia, neste processo, não há indicação expressa do respectivo serviço de saúde mental destinado ao adolescente (como mencionado anteriormente).

A partir dessa discussão dos processos, que resultou na identificação do território como elemento de contradição estabelecido na relação entre o tratamento em saúde mental e o cumprimento de determinadas medidas socioeducativas, podemos considerar que a resposta à questão sobre a orientação assistencial das decisões judiciais no campo da saúde mental está ligada à apreciação da esfera do território do paciente, condicionada pelo potencial desterritorializante de determinadas medidas socioeducativas, notadamente as medidas de internação e de semiliberdade. Além da análise do potencial do território do paciente, a resposta à questão da respectiva orientação assistencial impõe o conhecimento do dispositivo de saúde mental específico destinado ao tratamento dos adolescentes.

Com efeito, a resposta à questão sobre a orientação das decisões judiciais em relação à assistência em saúde mental depende da prévia avaliação do território do paciente e do conhecimento do respectivo serviço de saúde mental indicado para seu tratamento. Não há a possibilidade de assegurarmos uma resposta prévia à análise da perspectiva do território do paciente e do dispositivo de saúde mental específico, sob pena de incorrerem no equívoco de classificarmos uma decisão judicial orientada pelos paradigmas da Reforma Psiquiátrica, considerando, por exemplo, que a mera inclusão no CAPS configura a inclusão em serviço de saúde mental em rede de base comunitária do CAPS.

Nesse contexto, podemos responder à questão deste estudo nos casos concretos contidos nos processos que revelam o respectivo serviço de saúde mental de encaminhamento dos adolescentes, restando avaliar a perspectiva do território destes jovens para classificarmos a orientação teórico-assistencial do tratamento.

Como anteriormente mencionado, três dos cinco processos contêm indicações expressas sobre o dispositivo de saúde mental específico para o tratamento dos jovens, condição que exclui os outros dois processos (terceiro e quinto) da possibilidade de respondermos sobre o respectivo paradigma de orientação.

Com referência à territorialidade dos adolescentes dos três processos que especificaram o CAPS como o serviço de saúde mental destinado ao tratamento dos adolescentes, o segundo e terceiro processo aplicam medidas socioeducativas (semiliberdade e internação) que precarizam o território dos adolescentes pela institucionalização, enquanto a medida socioeducativa do primeiro processo (liberdade assistida) preserva a territorialidade do jovem.

Com efeito, excluindo os processos que não contemplam a indicação do serviço de tratamento em saúde mental, podemos afirmar que o primeiro processo encontra abrigo no paradigma da Reforma Psiquiátrica e, os demais, no paradigma da psiquiatria tradicional em função de a inclusão dos adolescentes no CAPS não corresponder à inclusão dos jovens no serviço em rede de base comunitária organizado pelo CAPS, constituindo mera inserção dos pacientes no CAPS.

### Processos de psiquiatria

Além das considerações feitas a respeito das medidas protetivas e os efeitos potencialmente limitadores das medidas socioeducativas que recaem sobre a esfera da territorialidade dos adolescentes, podemos analisar, também, a combinação dessas medidas sob a ótica dos processos de psiquiatria, a fim de nos auxiliar a refletir sobre as bases de entendimento da dupla aplicação dessas medidas.

A psiquiatria envolve a expansão do campo da psiquiatria para outras áreas do conhecimento e outros espaços sociais (educação, justiça, trabalho), circunscrevendo-se em relação a comportamentos, práticas e discursos tidos como anormais<sup>12</sup>.

Os processos de psiquiatria encobrem a leitura dos fenômenos sociais que determinam a condição de desigualdade econômica, política e cultural dos jovens em conflito com a lei, afastando a compreensão da situação de vulnerabilidade e de exclusão social que também determina a própria prática infracional<sup>13</sup>.

Nesse sentido, a aplicação de medidas protetivas de tratamento em saúde mental, conjugadas com medidas socioeducativas, representaria o entendimento de que o adolescente em conflito com a lei está sujeito, por um lado, ao cumprimento de uma medida de caráter expiatório (medida socioeducativa) pela prática do ato infracional, e, de outro lado, está sujeito a tratamento em saúde mental.

Desse modo, os processos de psiquiatria, também entendidos como "a predominância dos saberes e fazeres *psi* na gestão das problematizações e dos conflitos que setores da juventude vêm colocando ao campo social"<sup>14</sup> (p. 62), manifestam-se na dupla aplicação das medidas socioeducativas e protetivas.

## Conclusão

Em face da dupla aplicação de medidas socioeducativas e protetivas de tratamento em saúde mental aos adolescentes em conflito com a lei, identificamos a possibilidade de expressão de processos de psiquiatrização no espaço forense.

A contradição estabelecida entre o tratamento em saúde mental de atenção psicossocial e as medidas socioeducativas de internação e semiliberdade, referente à precarização da territorialidade dos adolescentes, revelou duas condições essenciais para a determinação do respectivo paradigma teórico-assistencial do campo da saúde mental, quais sejam: a avaliação da esfera territorial dos adolescentes e o conhecimento do específico dispositivo de saúde mental indicado para o tratamento dos jovens.

A omissão em analisar simultaneamente essas duas condições pode nos destinar a supor equivocadamente, por exemplo, que o tratamento oferecido pelo CAPS a um adolescente que esteja cumprindo medida socioeducativa de internação ou semiliberdade possa encontrar abrigo no referencial da reforma psiquiátrica, quando, na verdade, este jovem está meramente incluído no serviço clínico-ambulatorial prestado na sede do CAPS, não estando, portanto, inserido no serviço de rede comunitária de atenção psicossocial proposto pela reforma psiquiátrica ao dispositivo CAPS.

Com efeito, identificamos um processo, dentre os analisados, que se configurou pertinente e conforme os preceitos da reforma psiquiátrica, já que satisfaz os dois requisitos: nomeou o dispositivo específico de tratamento em saúde mental (CAPS) e aplicou uma medida socioeducativa (liberdade assistida), conjugada à protetiva, que não provocou a precarização territorial do adolescente, compatibilizando-se com o serviço em rede comunitária de atenção psicossocial.

Em face da dupla aplicação de medidas socioeducativas e protetivas de tratamento em saúde mental, aos adolescentes em conflito com a lei, também podemos expressar o predomínio dos processos de psiquiatrização no espaço forense.

### Colaboradores

Ricardo Henrique Soares trabalhou na concepção e projeto, análise e interpretação dos dados e redação do artigo. Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira trabalhou na concepção e projeto e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual. Keler Cristina Leite e Gustavo Chiesa Gouveia Nascimento atuaram na análise e interpretação dos dados. Todos os autores tiveram participação ativa na discussão dos resultados; aprovação final da versão a ser publicada.

### Referências

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.
2. Amarante P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1995.
3. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. 2a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.
4. Pitta AMF. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. Cienc Saude Colet. 2011; 16(12):4579-89.

5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília (DF): OPAS; 2005.
6. Lei n. 10216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União. 9 Abr 2001.
7. Soares RH. Decisões judiciais no campo da saúde mental [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2012.
8. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. 17 Jul 1990.
9. Lei 5.869, de 11 de janeiro de 1973. Institui o código de processo civil. Diário Oficial da União. 17 Jan 1973.
10. Haesbaert R. O mito da desterritorialização: do fim dos territórios à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2004.
11. Araujo NB, Marcon SR, Silva NG, Oliveira JRT. Perfil clínico e sociodemográfico de adolescentes que permaneceram e não permaneceram no tratamento em um CAPSad de Cuiabá/MT. J Bras Psiquiatr. 2012; 61(4):227-34.
12. Vicentin MCG, Assis DAD, Joia JH. O direito de crianças e adolescentes ao cuidado em saúde mental: tensões entre proteção e tutela no caso do uso de drogas. Diké. 2015; 4(1):21-50.
13. Rosa MD, Vicentin MCG. Os intratáveis: o exílio do adolescente do laço social pelas noções de periculosidade e irrecuperabilidade. Rev Psicol Polit. 2010; 10(19):107-24.
14. Vicentin MCG, Gramkow G, Rosa MD. A patologização do jovem autor de ato infracional e a emergência de “novos” manicômios judiciais. Rev Bras Cresc Desenvolv Hum. 2010; 20(1):61-9.

Soares RH, Oliveira MAF, Leite KC, Nascimento GCG. Medidas legales de atención en salud mental para adolescentes en conflicto con la ley. Interface (Botucatu). 2017; 21(60): 123-31.

La presente consiste en una investigación documental realizada en la Vara de Infancia y Juventud de São Paulo, Brasil. La misma está referida a decisiones judiciales que determinan el proceso de orientación de niños y adolescentes usuarios de drogas para su tratamiento en el campo de la salud mental. Este estudio propone analizar la orientación de las sentencias judiciales en lo que hace al modelo adoptado en los casos particulares: el modelo psiquiátrico clásico o el modelo de atención propuesto por la reforma psiquiátrica. Los resultados mostraron que no hay “a priori” una orientación asistencial definida, requiriéndose del análisis de los casos de manera individual. El estudio nota que ello ocurre sobre todo en relación con dos condiciones esenciales para determinar el paradigma el cuidado de la salud mental adoptada en las decisiones judiciales: evaluación del ámbito territorial de los pacientes y conocimiento del servicio de salud mental específico que ha sido indicado para el tratamiento.

*Palabras clave:* Adolescentes en conflicto con la ley. Reforma psiquiátrica. Territorialidad.

Submetido em 28/10/15. Aprovado em 06/05/16.





# Mandatory food labeling of trans fat acids:

## qualitative analysis of the public consultation

Vanessa Fernandes Davies<sup>(a)</sup>Patricia Constante Jaime<sup>(b)</sup>

Davies VF, Jaime PC. Lei de rotulagem de alimentos em gordura trans: análise qualitativa da consulta pública. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):133-9.

The objective of this paper is to identify the stakeholders and their contributions to the public consultation carried out with regard to the mandatory trans fat acids food labeling proposal in Brazil. Methodology: thematic analysis of the documents. Results: 25 stakeholders made suggestions regarding the proposed law, and the majority belonged to the food industry sector. The following issues were raised: lack of knowledge among the consumers about trans fat acids; lack of information about trans fat acids in food composition tables and infrastructure to analyse the trans fat content of foods; voluntary trans fat labelling. Conclusions: The stakeholders addressed important issues, such as improving nutritional knowledge among the population. However, few stakeholders linked to consumers took part in the public consultation, which might lead to disproportionate influence of the food industry on the development of future food policies.

**Keywords:** Public consultation. Trans fat acids. Food labeling.

Objetivo: identificar os atores sociais e as suas contribuições na consulta pública realizada sobre a proposta obrigatória de rotulagem de alimentos no Brasil com gordura trans. Metodologia: análise temática dos documentos. Resultados: 25 atores apresentaram sugestões para a proposta da lei, e a maioria pertencia ao setor da indústria de alimentos. Temas encontrados: falta de conhecimento entre os consumidores sobre a gordura trans; falta de informação sobre gorduras trans em tabelas de composição de alimentos e de infraestrutura para analisar o teor de gordura trans nos alimentos; rotulagem voluntária da gordura trans. Conclusões: Os participantes abordaram questões importantes, como a necessidade de aumentar o conhecimento dos consumidores sobre gordura trans. Entretanto, houve poucos atores sociais ligados aos interesses dos consumidores que participaram na consulta pública, e isso pode levar a um desequilíbrio de poderes nas discussões sobre nutrição no Brasil.

**Palavras-chave:** Consulta pública. Ácidos graxos trans. Rotulagem de alimentos.

<sup>(a,b)</sup> Departamento de Nutrição, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 715. São Paulo, SP, Brasil. 01246-904. va.davies@hotmail.co.uk; constant@usp.br

## Introduction

Epidemiological studies<sup>1-6</sup> have found a positive association between the consumption of trans fat acids and cardiovascular disease. Food policies aimed at reducing the consumption of trans fat acids have been implemented in different areas, such as banning the fat in any product (in Denmark for example), replacing it with healthier oils in industry (in Argentina), and mandatory food labeling in Canada<sup>7</sup>.

In Brazil, new mandatory food labeling for pre-packed foods was introduced in 2006. The objective of the Brazilian Government was to reformulate food labels to address the increased prevalence of chronic diseases in the population. Among the nutritional content that should be included on the label which was different from the previous law was information about trans fat acids.

The area of nutrition lies within a triangle of competing interests formed by the government, the private sector and consumers<sup>8</sup>. It is important to analyse this complex relationship between the different parties involved in the development of nutrition policies, in order to understand how the policies can achieve their true objective, the overall well-being of the population.

The objective of this paper is to identify the stakeholders and to present their opinions about the mandatory trans fat content during the public consultation carried out prior to the law coming into effect in 2007.

## Methods

This research is a policy analysis based on documentary contributions from stakeholders in Brazil to the public consultation process of mandatory food labeling in trans fat acids.

The public consultation process started on August 1st 2003, and was open (online access) to all stakeholders in Brazil that wished to contribute to the law during a period of sixty days (public consultation number 65 related to the resolution project/SGT.03/Mercosur n03/2003 - technical rules to nutritional food labeling of pre-packed foods). Access to the public consultation documents was obtained by a direct request to the Brazilian Government.

Documents were coded and analysed using a thematic matrix<sup>9</sup>, which involved extensive initial reading of the documents to become familiar with the data. The technique comprised the following steps: rereading documents to identify themes for the organization of data; indexing the themes within the documents; removing data from the documents and transferring the data to a matrix theme (each theme relating to quotes from the participants). The matrix included the main ideas and perceptions of the individual on the theme.

The stakeholders that made contributions to the public consultation were divided into five groups of stakeholders linked to: academic/health professional bodies; other professional bodies, the pharmaceutical industry, the government, the food industry (which included food trade associations, food manufacturers, the restaurant and hotel sector, technical food consultants, non-governmental organizations (NGOs) linked to the food industry, and legal consultants).

## Results

The documents revealed that twenty five stakeholders made contributions to the public consultation; six from academic and health professional bodies, two from other professional bodies, two from government departments, 14 from the food industry, and one from the pharmaceutical industry.

Overall, 23 stakeholders supported non-mandatory food labeling for trans fat acids, with only two stakeholders in favour of the proposed mandatory law.

The qualitative analysis of the public consultation documents revealed 3 key themes: consumers, trans fat acids analysis, and voluntary labelling.

## Theme 1 - Consumers

In this theme, two points were addressed by the stakeholders: consumer knowledge and food education.

It seems that the majority of the stakeholders were concerned that the consumers might not fully understand what trans fat acids are. The only two stakeholders that did not consider a lack of knowledge to be an obstacle to the implementation of the law were from the groups of academic and health professionals. According to the stakeholders, the main risk is that consumers may confuse the term *trans* with *transgenic*.

“The tendency of the consumer is to associate trans fat with transgenic, which will not help to achieve the aim of the trans fat food label, which is the prevention of cardiovascular disease. On the other hand, it could lead to a depreciation of the product image”. (The food industry)

However, only four stakeholders (categories: food industry, academic/health professionals and other professional bodies) suggested ways to deal with the problem, i.e. through nutrition education.

Due to the fact that information about cholesterol was mandatory in the most recent food labeling law in Brazil, this was used by some stakeholders as an argument for the government to continue providing information only about cholesterol, rather than introducing information about trans fat. In this case, the stakeholders' perception of consumers was that they *did* have sufficient levels of literacy and education to understand food labels.

“We do not understand why information about cholesterol should be withdrawn, as the consumers are very interested in this information to prevent cardiovascular diseases”. (Food industry trade association)

It could be observed that the arguments used by the stakeholders to object to the food labeling law appear to be somewhat contradictory; at times consumers were regarded as very informed, for example with regard to cholesterol, while at other times they were considered to be uneducated and hence not capable of understanding information regarding trans fat.

“Cholesterol information is very important for the consumers but they don't have enough knowledge to understand things like saturated fat and trans fat”. (Academic/health professional)

## Theme 2 - Trans fat acids analysis

This category included three main arguments employed by the stakeholders to justify their views against mandatory trans fat acids labelling in Brazil: lack of human resources, lack of suitable laboratories, and the costs of analysis.

There was general concern about the lack of information available in food composition tables for trans fat acids. The stakeholders (the food industry, academic/health professionals and other professional bodies) argued that for this reason they would be obliged to conduct trans fat food analyses at their own expense. In their view this could represent a major difficulty due to a lack of both trained personnel and suitable equipment.

In addition, these stakeholders mentioned that the cost of the trans fat acids analysis could be a financial burden for small and medium businesses, leading to an increase in food prices.

“The mandatory law about food labeling in trans fat acids presumes that there are laboratories able to make analyses, as there have been few foods analyzed for their trans fats content until now, so the manufacturers will be obliged to carry out the analysis. It is well known how

expensive this kind of analysis is, as well as needing technologically advanced instruments and well trained human resources". (Academic/health professionals)

"To make food label information about trans fat acids compulsory will have a direct impact on small and medium businesses, as they will have to analyze their products, and that will be expensive. The prices of industrialized foods in Brazil and Mercosur will rise as a result". (Food industry)

### Theme 3 - Voluntary food labeling

In this category the debate focused on whether Brazil should have voluntary trans fat labelling instead of a mandatory law, or indeed whether any labelling about this substance should be necessary. One stakeholder (other professional body category) recommended that the food industry and governments could work together to minimize and limit the trans fat acids content in products to 0.1%, meaning that mandatory labelling would not be necessary.

The stakeholders (the food industry group) also argued that there were already products on the market with no or very low levels of trans fat acids, and consequently there is no need for mandatory legislation.

"Nowadays, there are methods that avoid the formation of trans fat acids during the manufacturing of a product. This technology has led to a decrease in the consumption of trans fat acids around the world. As a result, the population already consumes low levels of trans fat acids." (Technical food consultants linked to the food industry)

## Discussion

The main results from the public consultation analyses showed that the majority of the stakeholders showed no support for the implementation of the law making trans fat acids labeling mandatory. Issues were raised regarding the consumers ability to understand the information, the problem of rising prices related to the lack of human resources, suitable laboratories and the costs of analysis for trans fat content of foods in Brazil, as well as the possibility of having a voluntary instead of a mandatory labelling.

Although the public consultation process for the introduction of mandatory food labeling for trans fat acids in Brazil was open to all stakeholders in the country, the majority of the stakeholders that made contributions came from the food industry. The fact that the majority of the stakeholders were against the implementation of the mandatory trans fat label law was predictable considering their conflicts of interest with the proposed law. There were no representatives from consumer associations, nor from non-governmental organizations motivated by public interests. There has previously been a similar situation in Denmark; initially there was resistance from the food industry and some academic and health professional bodies to changes related to trans fat acids in the food chain. Some of the arguments used by these stakeholders were the same as those in the public consultation presented in this paper. However, thanks to a proactive nutrition institution funded by the government (Danish Nutrition Council), which kept pressure on the politicians and the industry through the media, a law was implemented restricting trans fat to 2% in food<sup>10</sup>.

The issues addressed by the stakeholders during the public consultation in Brazil have been raised in other publications about trans fat acids<sup>11-15</sup>, and should be taken into account. For example,

stakeholders' concern regarding consumers' knowledge is an issue of considerable importance for the success of food labeling. Food labeling is an intervention which should benefit all segments of society. If this knowledge gap is not addressed, only the higher-income, more educated segments of the population are in a better position to take advantage of food labeling policies<sup>16</sup>. A multisectorial approach, through the establishment of partnerships with the media, academia, health professionals, schools and the food industry, it would be appropriate for designing nutrition education strategies for the general population.

It was claimed by a number of food industry stakeholders that due to the lack of information in food composition tables, they would have to perform their own analyses of trans fat content in their products and would consequently have to raise their prices. The increase in prices resulting from a mandatory food labeling law is a controversial issue; some authors<sup>14</sup> have argued that price increases can occur in foods when technologies are applied to reduce trans fat acids and at the same time to reduce saturated fat. On the other hand, a study conducted in Denmark<sup>17</sup> reported that food labeling for trans fat acids did not have any effect on the price, quality or availability of products that contained high amounts of trans fat acids before the implementation of the law. This is particularly important considering that in this country the expenses were not only related to the analysis of trans fat, but also to the development of new products, since the legislation in Denmark does not allow the sale of foods with more than 2% of trans fat acids.

The stakeholders (i.e. the NGO linked to food industry interests, food manufacture, food industry trade associations, professional bodies linked to the industry) have proposed a voluntary label instead of a mandatory food label for trans fat acids. However, the studies reveal that a mandatory law seems to encourage food manufacturers more than voluntary legislation to develop new products and to improve the ones already on the market, such as biscuits and savoury snacks, which benefits all consumers, not only those that look for food label information<sup>14,18,19</sup>. In addition, mandatory labelling facilitates the establishment of uniform standards of information, instead of asymmetric information<sup>8</sup>.

Despite the opposition and the issues raised by most of the stakeholders that participated in the public consultation, the law was approved and the manufacturers had 3 years to prepare for its implementation. After nearly ten years of mandatory nutrition labeling in Brazil, some criticisms and proposals have been made by Organizations such as the IDEC<sup>20</sup> and the CONSEA<sup>21</sup> to improve the labelling with regard to trans fat information. There has been a great deal of debate around the world regarding food labeling in general<sup>22</sup> and specifically with a view to making labels more consumer friendly. It is expected that should further public consultation on the subject be conducted in Brazil, a larger and more diverse number of stakeholders would contribute compared to those described in this study.

## Final considerations

There was a lack of participation from consumer associations in the public consultation about mandatory food labeling for trans fat acids. This situation should be addressed in future public consultations by consumer organizations, linked to public interests and working with non-communicable diseases, in order to counterbalance the influence on the population's health of big food companies, supermarkets and fast food restaurants. Unsurprisingly, as most of the stakeholders that participated in the public consultation in Brazil were food industry representatives, the consultation process showed that overall opinion was opposed to the implementation of the law. The issues raised by the stakeholders during the public consultation could be an important starting point to evaluate the implementation of the law.

### Colaboration

Vanessa Fernandes Davies wrote the first draft of this paper; Patrícia Constante Jaime gave feedback and guided the development of the manuscript. All authors critically reviewed the manuscript and approved the final version submitted for publication.

### References

1. Willet WC, Stampfer MJ, Manson JE, Colditz GA, Speizer FE, Rosner BA, et al. Intake of trans fat acids and risk of coronary heart disease among women. *Lancet*. 1993; 341(8845):581-4.
2. Hu F, Stampfer MJ, Manson JE, Rimm E, Colditz GA, Rosner BA, et al. Dietary fat intake and the risk of coronary heart disease in women. *N Engl J Med*. 1997; 337(21):1491-9.
3. Oomen CM, Ocke MC, Feskens JM, Erp-Baart MAJV, Kok JF, Kromhout D. Association between trans fatty acid intake and 10-year risk of coronary heart disease in the Zutphen elderly study: a prospective population-based study. *Lancet*. 2001; 357(9258):746-51.
4. Oh K, Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, Willett WC. Dietary fat intake and risk of coronary heart disease in women: 20 years of follow-up of the nurses' health study. *Am J Epidemiol*. 2005; 161(7):672-9.
5. Willet WC. Trans fatty acids and cardiovascular disease – epidemiological data. *Atheroscler Suppl*. 2006; 7(2):5-8.
6. Eckel RH, Borra S, Lichtenstein AH, Yin-Piazza SY. Understanding the complexity of trans fatty acid reduction in the American diet. *Circulation*. 2007; 115(16):2231-46.
7. World Health Organization. Approaches to removing trans fats from the food supply in industrialized and developing countries: WHO Scientific Update on Trans Fatty Acids Meeting. Geneva: WHO; 2007.
8. Lang T, Heasman M. Food wars: the global battle for mouths, minds and markets. London: Earthscan; 2004.
9. Richie J, Lewis J. Qualitative research practice: a guide for social science students and researchers. London: Sage Publications; 2007.
10. Astrup A. The trans fat acid story in Denmark. *Atheroscler Suppl*. 2006; 7(2):43-6.
11. Silveira BM, Gonzalez-Chica DA, Costa Proença RP. Reporting of trans-fat on labels of Brazilian food products. *Public Health Nutr*. 2013; 16(12):2146-53.
12. Monge-Rojas R, Colón-Ramos U, Jacoby E, Mozaffarian D. Voluntary reduction of trans-fatty acids in Latin America and the Caribbean: current situation. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(2):126-9.
13. Downs SM, Thow AM, Leeder SR. The effectiveness of policies for reducing dietary trans fat: a systematic review of the evidence. *Bull World Health Organ*. 2013; 91(4):262-9.
14. Albers MJ, Harnack LS, Steffen LM, Jacobs DR. 2006 marketplace survey of trans fat acid content of margarines and butters, cookies and snack cakes, and savoury snacks. *J Am Diet Assoc*. 2008; 108(2):367-70.
15. Skeaff CM. Feasibility of recommending certain replacement or alternative fats. *Eur J Clin Nutr*. 2009; 63(2):34-49.
16. Monteiro CA, Conde WL, Popkin, BM. Income-specific trends in obesity in Brazil: 1975-2003. *Am J Public Health*. 2007; 97(10):1808-12.
17. Stender S, Dyerberg J, Bysted A, Leth T, Astrup A. A trans world journey. *Atheroscler Suppl*. 2006; 7 (2):47-52.



18. Magnusson RS. Non-communicable diseases and global health governance: enhancing global processes to improve health development. *Global Health*. 2007; 3(2):1-16.
19. Drichoutis AC, Lazaridis P, Naygajr RM. Consumers' use of nutritional labels: a review of research studies and issues. *Acad Market Sci Rev*. 2006; 9:1-22.
20. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. [Internet] [acesso 20 Feb 2015]. Disponível em: <http://www.idec.org.br/em-acao/revista/dificil-de-decifrar/materia/rotulo-nutricional-ou-bicho-de-sete-cabecas>
21. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. [Internet] [acesso 15 Feb 2015]. Disponível em: <http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/agenciabrasil/noticia/2013-10-15/consea-recomenda-anvisa-que-agilize-regulacao-para-rotulagem-de-alimentos>
22. Hawkes C, Smith TG, Jewell J, Wardle J, Hammond RA, Friel S, et al. Smart food policies for obesity prevention. *Lancet*. 2015; 385(9985):2410-21.

Davies VF, Jaime PC. Ley de rotulación de alimentos con grasa transgénica: análisis cualitativa de consulta pública. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):133-9.

Objetivo: Identificar actores sociales y sus contribuciones en la consulta pública realizada sobre la propuesta obligatoria de rotulación de alimentos en Brasil con grasas transgénicas. Metodología: Análisis temático de documentos. Resultados: 25 actores presentaron sugerencias para la propuesta de ley, y la mayoría pertenecía al sector de la industria de alimentos. Temas encontrados: Falta de conocimiento entre consumidores sobre grasas transgénicas; falta de información sobre grasas transgénicas en tablas de composición de alimentos e infraestructura para analizar grado de grasas transgénicas en alimentos; rotulación voluntaria de grasas transgénicas. Conclusiones: Los participantes abordaron cuestiones importantes, como la necesidad de aumentar el conocimiento de los consumidores sobre grasas transgénicas. No obstante, hubo pocos actores sociales ligados a los intereses de los consumidores que participaron en la consulta y eso puede llevar a un desequilibrio de poderes en discusiones sobre nutrición en Brasil.

*Palabras clave:* Consulta pública. Ácidos grasos trans. Etiquetado de alimentos.

Submetido em 23/08/15. Aprovado em 21/05/16.



# Corpos no “limite” e risco à saúde na musculação:

## etnografia sobre dores agudas e crônicas

Alan Camargo Silva<sup>(a)</sup>  
Jaqueline Ferreira<sup>(b)</sup>

Silva AC, Ferreira J. Bodies in the “edge” and risk in resistance training: ethnography about acute and chronic pains. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(60):141-51.

This study aimed to investigate and discuss how the acute and chronic pain can be conceived by users and Physical Education teachers in resistance training at two different Fitness Centers. The ethnographical research was developed in two establishments located in neighborhoods with some socioeconomic differences at Rio de Janeiro, Brazil: 12 months in a small Fitness Center and ten months at the bigger one. It was possible to see that the gender and social class aspects influenced the way that some groups understood the body “limits” related to pains and risks. Despite of the biomedical aspect visualized in the teacher intervention to face the symptoms and the risk, the work was influenced by the context of the Fitness Center. The result showed the importance of the ethnographical investigations about the body and health-disease in unfamiliar contexts.

**Keywords:** Pain. Health risk. Fitness centers. Ethnography. Physical Education and training.

O objetivo deste estudo foi discutir como a dor aguda e crônica pode ser concebida pelos alunos e professores de Educação Física na musculação. Esta pesquisa utilizou a etnografia em dois estabelecimentos de bairros cariocas socioeconomicamente distintos: 12 meses em uma academia de pequeno porte em um bairro popular e dez meses em uma academia de grande porte em um bairro nobre do Rio de Janeiro, Brasil. Foi possível apreender que os marcadores de gênero e de classe social influenciaram como determinados alunos compreendiam os “limites” do corpo relativo às dores e seus riscos. A intervenção do professor face a este sintoma e ao risco, embora marcada pelo referencial biomédico, era influenciada pelo contexto em que a academia estava engendrada. Tais dados indicam a importância de investigações etnográficas sobre corpo e saúde-doença em contextos alheios aos serviços de saúde tradicionais.

**Palavras-chave:** Dor. Risco sanitário. Academias de ginástica. Etnografia. Educação Física e treinamento.

<sup>(a)</sup> Escola de Educação Física e Desportos, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Avenida Carlos Chagas Filho, 540, Ilha do Fundão, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-598. alan10@zipmail.com.br

<sup>(b)</sup> Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. jaquetf@gmail.com

## Considerações introdutórias

No campo da Antropologia, por meio de diversas escolas de pensamento, as reflexões sobre as dores corporais não são recentes. Grande parte destas discussões resgata a ideia de que a dor é uma construção sociocultural na medida em que os significados atribuídos a tais desconfortos físicos podem variar de acordo com os contextos e os grupos sociais<sup>1,2</sup>.

Esta noção de dor, para além do referencial "biológico" ou "psicológico", começou a ser incorporada no campo da Saúde a partir das décadas de cinquenta e de sessenta, quando a Antropologia Médica emergiu como campo de saber legitimado<sup>3</sup>. Assim, tendo em vista a complexidade do processo saúde-doença, mais do que um dado "natural", a dor é uma construção polissêmica que varia em função das inserções de gênero, religião, etnia, classe social, faixa etária, etc.<sup>4-6</sup>. Por isso, é preciso ater-se aos tipos, as expectativas, aos significados e aos comportamentos face à presença algica haja vista que são moldadas a partir de determinadas formas, conteúdos, saberes e valores<sup>7</sup>.

Nesse contexto, compreender como os alunos e os professores de Educação Física concebem as dores no espaço da musculação permite entender, de modo relativo e particularizado, como determinados grupos sociais interagem entre si, com o corpo e com as práticas corporais em academias de ginástica. Detectar aspectos singulares que atravessam a diversidade de concepções de dor e de risco em diferentes grupos sociais é importante para a compreensão mais ampla das relações entre profissionais de saúde e usuários.

É possível observar alguns estudos na literatura que discutem as relações entre as dores e as práticas corporais nos espaços das academias de ginástica e de musculação<sup>8-10</sup>. Contudo, parece que pouco se tem atentado à multiplicidade de representações acerca dessas dores nesses espaços e principalmente as suas possíveis conexões com a diversidade de noções de risco à saúde em diferentes contextos socioeconômicos e culturais.

Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi analisar e discutir como a dor, classificada como aguda ou crônica, bem como o seu potencial de risco pode ser concebida pelos alunos e professores de Educação Física na musculação em duas academias de ginástica. Este trabalho foi derivado de uma tese de doutorado em Saúde Coletiva, defendida no Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro<sup>11</sup>.

## Procedimentos metodológicos

Através das lentes teórico-metodológicas do interacionismo simbólico da Escola de Chicago<sup>12-15</sup>, o presente trabalho focou nas relações simbólicas sobre as lógicas do pensar e do agir dos professores de Educação Física e dos alunos. A ideia foi compreender sistematicamente os aspectos plurais e dinâmicos que envolvem o conjunto de valores, de crenças, de normas e de condutas predominantes no bojo dos corpos no "limite" em academias de ginástica, em especial, acerca das dores agudas e crônicas e seus possíveis riscos no setor da musculação. Tais mediações identitárias dos contatos face a face cotidianos indicam e revelam, de certo modo, aspectos macroestruturais mais amplos de dada sociedade.

Foi realizada observação participante das interações entre professores (faixa etária entre vinte a trinta anos) e alunos nos setores da musculação de duas academias de diferentes características socioeconômicas e culturais da cidade do Rio de Janeiro: 12 meses na academia "P" de pequeno porte do bairro popular da Cidade de Deus (CDD) e dez meses na academia "G" de grande porte do bairro nobre da Barra da Tijuca (Barra), entre julho/2012 a julho/2013.

Em nenhum dos estabelecimentos, eu me exercitava nos aparelhos de musculação e nem atuava como profissional de Educação Física, pois não queria que minha condição de pesquisador fosse confundida com a de professor ou aluno. Assim, eu circulava pela musculação interagindo com os meus interlocutores e me apresentando como pesquisador. Isso contribuiu para que me fosse atribuído diferentes identidades durante as interações sociais<sup>11</sup>.

Por se tratar do espaço da musculação, onde papel e caneta não eram vistos regularmente, com raras exceções na mão dos professores, optei por elaborar meus diários de campo no meu próprio

celular. Tal estratégia foi de suma importância para a geração do material empírico, não precisando ter que contar exclusivamente com a memória, assim como, me fez exercitar a “escuta” sem a necessidade do “olhar” para os pesquisados. Além do mais, o ato de digitar no celular é banal nas academias de ginástica que não gerou estranhamentos.

A observação participante realizada concomitantemente nessas duas academias de ginástica possibilitou levar em consideração como entre diferentes classes sociais podem conter distintos usos do corpo<sup>16,17</sup>, pauta-se aqui na noção de *habitus* que faz pensar na pluralidade de formas de lidar com as tais dores e seus possíveis “riscos” entre e no interior dos mesmos grupos humanos.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

## Apresentação e discussão dos achados

Durante o trabalho de campo, foi possível demarcar diferentes tipos de dores que emergiam nas práticas corporais em ambas as academias e que eventuais relações teriam com o risco à saúde. Quando havia a presença do que era denominado e classificado pelos pesquisados de dores agudas e crônicas, os professores de Educação Física e os alunos das academias “P” e “G” se remetiam rotineiramente a uma ideia de corpos no “limite”. Isto é, caso surgisse um desconforto físico inesperado e recente – dor aguda – ou um incômodo que já estava instalado há um tempo – dor crônica – os pesquisados problematizavam como lidar com tais algias. Foi possível identificar que o elemento tempo da presença do desconforto físico era igualmente determinante para alunos e professores de ambas as academias classificarem as dores como agudas ou crônicas. No entanto, a diferenciação quanto ao possível tratamento entre os tipos de algias não era claro. O foco central das múltiplas interações sociais nos espaços da musculação girava em torno de que forma “tratar” ou “cuidar” dessas sensações algias, como será discutido a seguir.

### Alunos no “limite” ...

Na CDD, há diferentes níveis socioeconômicos que caracterizam a região. Podem-se detectar famílias em situações de extrema miséria e de diferentes graus de indivíduos de baixa renda. Na academia “P”, grande parcela dos alunos morava na própria comunidade, pessoas relativamente de classe baixa que possuíam subempregos ou empregos que ofereciam baixa remuneração. Muitos alunos tinham cursado até o ensino básico ou ainda estavam concluindo o ensino fundamental e médio. A maior parte dos participantes estava na faixa etária entre quinze e cinquenta anos, era do sexo masculino, de cor negra ou parda e assumia, no domínio público, a identidade de heterossexual.

Na Barra, há uma realidade socioeconômica superior aos outros lugares das regiões adjacentes. Destacam-se famílias de renda alta que foram para o bairro a partir dos anos setenta e oitenta. É conhecido por ser residido por “famílias emergentes”<sup>18,19</sup>, isto é, aqueles sujeitos que frequentavam a academia “G” eram de “classe média” que conseguiram ascender socialmente nas suas trajetórias de vida alcançando um alto nível socioeconômico. A maioria dos alunos possuía ensino superior, tinha entre 15 e cinquenta anos e era de cor branca. Embora ainda existisse uma predominância de alunos do sexo masculino, era possível notar, por vezes, um equilíbrio entre homens e mulheres frequentando a musculação da academia “G”. Os alunos assumiam, de modo mais explícito, as orientações tanto hetero quanto homossexuais.

Enquanto na academia “P”, os alunos raramente procuravam os profissionais para lidar com as suas dores tendendo a continuar os exercícios físicos na região das algias, na academia “G”, havia a interrupção imediata das práticas corporais e o acionamento imediato dos professores e outros profissionais de saúde a qualquer ou pequeno indício de desconforto físico. Helman<sup>4</sup> destaca que “Fatores culturais podem também influenciar o modo como as pessoas comunicam a dor – se o fazem – aos profissionais de saúde ou a outras pessoas” (p. 165). Foi possível observar nas academias estudadas onde tal fato não estava ligado somente ao nível de informação ou ao acesso aos serviços

de saúde, mas também relacionado aos modos identitários de viver e de interagir de grande parte do público desses bairros, haja vista que o desempenho de papéis sociais estava a todo instante sendo ensaiado<sup>13</sup>.

Ambos os públicos possuíam preocupações com riscos, no entanto, enquanto os alunos da academia "P" demonstravam uma forma de estar se tratando ao exercitar a região dolorosa, os da academia "G", percebiam a dor como "algo que estava errado" e que era preciso conhecer o que os acometia através de todas as formas e informações terapêuticas e especulações possíveis. Ou seja, na CDD, a dor era "naturalizada" e assim exercitar-se em grande quantidade e intensidade no "limite" das algias a suposta lesão seria curada. Nesse sentido Sarti<sup>5</sup> aponta que pode haver uma tendência das classes populares assumirem as dores de forma mais naturalizada do que outros grupos sociais. Já, na Barra, como havia uma espécie de estado de alerta no que diz respeito aos desconfortos físicos, os alunos buscavam médicos e fisioterapeutas, bem como acumulavam uma série de saberes derivados de livros, da *internet*, de artigos científicos de cunho biomédico sobre o corpo, tornando-se autônomos ou *experts* em suas algias.

Nessa relação entre lesão e cura face às dores agudas e crônicas, bem como à própria noção de risco à saúde, na academia "G", os alunos pareciam atribuir valores mais próximos à racionalidade biomédica. Para esses alunos, a premissa de que o processo de "cura" deveria ser realizado "sem dores" se concretizava cotidianamente nas atividades que ocorriam no setor da musculação, preferindo a pausa dos movimentos com o intuito de avaliarem o que era "adequado".

Já na academia "P", tais discursos sobre dados "limites" eram ressignificados no decurso da vida "árdua" diária. Um exemplo era quando os alunos me relatavam que muitas dessas algias "sempre" eram derivadas da própria prática corporal na academia e "nunca" no âmbito de trabalho ou nas atividades domésticas cotidianas. Parecia também que as dores no seu cotidiano eram mais "legítimas" ou dignas de atenção do que aquelas supostamente "artificiais" adquiridas pelos exercícios físicos. Os alunos se sentiam em "risco" somente quando as dores os limitavam nas suas vidas sociais. As práticas corporais realizadas na musculação da academia "P" e suas relações com as dores reproduziam a "vida sofrida", pois, caso não sentissem algias, estariam se distinguindo dos grupos sociais nas quais estavam inseridos. Ali as dramatizações de "cura" nesses casos demonstravam o quão o ato de se exercitar também era importante para reafirmar as suas identidades, assumindo a noção de que a "saúde da vida cotidiana" não estava atrelada somente a aspectos físicos. De acordo com Sarti<sup>5</sup>, a concepção interiorizada da dor como natural dos socialmente desfavorecidos torna difícil para os mesmos conceber para si a idéia de bem-estar, suposto atributo da classe dominante.

Em níveis diferentes de classificação (porém, não desiguais em suas operações), os alunos das academias "P" e "G" tinham como pano de fundo os mesmos interesses: as dramatizações de performance para a cura no sentido de afirmarem os seus lugares sociais naqueles locais. A partir dessas classificações, os alunos elaboravam respostas à algias de modo diferente entre os estabelecimentos.

Assim, na academia "P", as dores derivadas das lesões antes, durante e depois das práticas corporais deveriam ser constantes na medida em que os alunos estariam transformando uma dor "ruim" em "boa", isto é, da "dor do machucado" para a "dor da cura". Se no âmbito das terapias médicas, o tratamento pode ser doloroso e haver a tendência do sujeito não aderir<sup>4</sup>, observava que a realidade do espaço da academia "P" era inversa, pois as intervenções ou os tratamentos com as práticas corporais deveriam ser "dolorosos". Na academia "G", tais algias eram vistas "sempre" como "incômodas" e raramente como "positivas", na medida em que, após os exercícios físicos, as expectativas se voltavam à "terapêutica sem dores".

Na academia "P", muitos alunos referiam o fato de "fazer valer o dinheiro" relativo ao investimento financeiro da mensalidade, dentre outros aspectos. Rotineiramente, escutava-os falar que continuariam com as práticas corporais pelo menos "até o final do mês" ou "do vencimento da mensalidade", mesmo com a presença de dores. Assim, se o aluno interrompesse a frequência na academia "apenas por causa das dores", o mesmo estaria "jogando dinheiro fora" ou ainda "pagando à toa", pois não estaria usando o espaço da melhor maneira possível para se exercitar, ou seja, lucrando "para o corpo" com aquilo que "financeiramente" investiu. Eu observava que tais condições objetivas influenciavam a realização das práticas corporais. Já na academia "G", os desconfortos físicos eram afastados pelo fato



de demonstrarem certa “incompetência corporal” por certos “riscos à saúde”, como propala o discurso técnico-científico biomédico, independente de quanto foi gasto ali.

Tendo em vista as considerações de *habitus* de Bourdieu<sup>20</sup> sobre o sofrimento e as classes sociais, na CDD, a “dor da vida” era mais valorizada do que a “dor derivada dos exercícios físicos”, diferentemente da Barra em que as dores eram evitadas ao máximo, como geralmente privilegiam as classes mais altas. Em suma, os alunos das academias “P” e “G” a todo o momento estavam reforçando suas performances nas interações<sup>15</sup> no sentido de manterem suas identidades e seus lugares sociais nestes espaços quanto aos saberes mais legítimos referentes a esse “corpo dolorido”.

Entende-se, portanto, que tais achados em relação aos alunos contribuem sobremaneira para o campo da Saúde Coletiva. Percebe-se que as inúmeras noções de dor podem ser (re)significadas, (re)produzidas e/ou (re)negociadas para além do cuidados empreendidos em hospitais e serviços de saúde tradicionais, com base, por vezes, em parâmetros epidemiológicos do risco. Acrescenta-se ainda que, a partir da realidade microscópica das academias, é possível colocar em evidência, oferecer visibilidade ou fazer pensar como as dores em outros locais estão sendo efetivamente tratadas como “problema de saúde pública” como, por exemplo, âmbitos de spa de emagrecimento, clínicas estéticas, consultórios odontológicos, etc. Por fim, reitera a importância de cada vez mais explorar e exercitar a necessidade de compreender a “dor do outro” como uma construção sociocultural com base no princípio da alteridade.

### Professores de Educação Física no “limite”...

Tanto na CDD quanto na Barra, grande parte dos profissionais era homens de cor branca por volta de vinte a trinta anos de idade. Majoritariamente, formados em cursos de Licenciatura Plena ou Bacharelado em Educação Física. Os professores das academias “P” e “G” ganhavam R\$ 8,00 por hora/aula, em média, trabalhando no setor da musculação. Enquanto os profissionais da academia “P” atuavam em diferentes estabelecimentos visando determinada renda mensal, a maioria dos professores da Barra trabalhavam eminentemente na academia “G”, pois os lucros com os serviços de *personal trainer* que propiciavam entre R\$ 60,00 a R\$ 150,00 faziam com que não precisassem se deslocar para outros locais.

Comparativamente, era mais recorrente presenciar os profissionais da academia “G” lidando com as algias dos alunos do que os da academia “P”. A princípio, pelas discrepantes condições infraestruturais, de atendimento e da forma com que os alunos se engajavam nas práticas corporais, poderia se pensar que na CDD haveria mais riscos à saúde do que na Barra. Contudo, ao longo do tempo, observei que não era uma questão de ter “mais ou menos” dores nos diferentes contextos, mas um processo de estar em um domínio “mais público” (dramatizado) ou “mais privado” (negado) nas interações sociais e que os processos de busca de “cura” eram distintos entre os grupos. Assim, era o fato de reduzir ou não o corpo como um objeto a ser dominado ou contido ao outro, já que a dor ser privada ou pública e suas formas de atenuá-la dependem dos aspectos culturais em dada situação<sup>6</sup>.

Os professores de Educação Física da academia “P” quando interagiam com os alunos que sentiam tais algias aparentemente se “omitiam”:

Michele: Sinto dor aqui!

Prof. José: É normal!

Michele: Mas está doendo, antigamente quando eu fazia academia também, eu sentia isso aqui!

Prof. José: Ficar uma semana de folga é assim mesmo, quem manda faltar! Vai lá e faz!

Parte dos profissionais falava que era intolerante ao orientar os alunos com dores, pois, segundo os professores, “a galera se machucava lá fora e queria ficar reclamando dentro da musculação sobre seus desconfortos aqui e ali”. Assim, quando os raros alunos buscavam os profissionais da academia “P”, demonstrando as suas demandas relativas às algias, parecia que não obtinham tanto *feedback*. Segundo os professores, “não adiantava nada orientar teimosos”, pois os alunos continuavam malhando “até

o fim do que queriam se exercitar, independente da presença dos desconfortos". Os profissionais incomodados afirmavam que os alunos achavam que os professores "estavam de sacanagem", querendo diminuí-los, mas, na verdade, desejavam apenas "consertar determinado movimento executado de forma inadequada", por exemplo. Os professores comentavam que não estavam ali para "aturar marmanjos que ficavam chorando, pois somente iriam orientar quem quisesse ser orientado!".

Embora, de início, estranhasse os comportamentos dos professores, ao longo do tempo, sentia que entre os alunos e os profissionais, havia uma espécie de "rivalidade de gênero", pois professores homens não cuidavam de dores de alunos homens e nem aluno homem gostaria de ser cuidado por outro homem. Alguns professores comentavam que não estavam ali para "ficar ajudando cueca que a todo o momento se machucava!". Na academia "P", grande parte dos professores era homem e esses preferiam abordar mais as mulheres. Eles justificavam isso pelo fato de que "elas que queriam se cuidar mais, por isso davam mais atenção para as lesões delas". No entanto, observava que a interação professor-aluna era mais intensa e não necessariamente a questão do cuidado estava envolvida. Breves relacionamentos entre professores-alunas ocasionalmente ocorriam naquele espaço.

Presenciava inúmeras vezes um professor da academia "P" alertando os alunos homens no sentido da melhor posição para a coluna quando fossem deixar os pesos no chão após a execução de um exercício físico, evitando assim certos riscos. Os alunos, grande parte das vezes, ignoravam ou respondiam o professor dizendo que "iriam jogar tudo no chão mesmo e queriam saber quem seria o 'maluco' que os impediria!" ou simplesmente declaravam que "faziam isso para demonstrar o quanto eram homens fortes!", isto é, "homem que é homem larga tudo no chão de qualquer forma". Diariamente, o professor me questionava o porquê dos alunos não deixarem os pesos "delicadamente" no chão em vez de jogá-los de qualquer modo no solo ou até mesmo se esses atos eram "falta de educação", bem como comentava que tais alunos, no futuro, "iriam reclamar de dores no cotovelo e no ombro por jogarem os pesos no chão toda hora".

Quando eu questionava os alunos homens quanto as suas relações com os profissionais do estabelecimento, aqueles diziam que os professores homens "não tinham a pegada" ou "não chegavam na pressão", isto é, eram "moles demais", deveriam ser mais "incisivos em suas orientações" – (leia-se mais agressivos), como um homem deveria ser. Assim, "falar que tinham que tomar cuidado com determinada sobrecarga" ou "prestar atenção na execução ou na postura em dado movimento" eram orientações tipicamente "femininas" e não condiziam com o ideal de masculinidade valorizado naquele espaço, pois "homem de verdade se ferrava na vida e também no corpo". Assim, não era raro ouvir dos alunos que os profissionais eram "feios, fracos e gays", porque tinham certo "jeitinho de explicar as coisas".

As orientações do professor da academia "P" com seus alunos se assemelhavam a discussão de Bourdieu<sup>21</sup> quando afirma que o refinamento da linguagem típico da identificação da classe "dominante" quando se aproxima das classes ditas "dominadas" pode ser considerado como uma maneira efeminada de usar o corpo. Assim, observava que os cultos aos valores heterossexuais e viris que atravessavam a sociedade em geral implicavam na interação face a face entre professor e aluno na musculação da academia "P". Já as alunas referiam que os professores eram muito atenciosos com elas. No entanto, elas não os acionavam a todo instante porque poderiam dar a entender que queriam se relacionar com eles, isto é, "não davam brecha" ou "não davam tanta moral" para os professores, preferindo, às vezes, ficarem sozinhas sentindo as algias; ou ainda, optavam por perguntar ocasionalmente para outro aluno do estabelecimento. Muitas alunas relatavam que tinham receio de serem chamadas de "galinhas", "putas" ou "rodadas", por isso, pouco interagiam com os professores e alunos homens do estabelecimento. Ou seja, a suposta subordinação ou a classificação do "masculino" para ou sobre o "feminino" recorrente na sociedade em geral também influenciava significativamente as relações entre o profissional homem e as suas alunas na musculação da academia "P".

Em suma, os professores da academia "P" não obtinham êxito em tentar cuidar dos alunos homens porque, para estes, os tratamentos deveriam ser "dolorosos" e dispensar atenção aos mesmos poderia colocar em dúvida suas masculinidades. Os alunos homens evitavam os profissionais e seus discursos biomédicos sobre o "risco" e, as alunas, os evitavam para não serem mal interpretadas no sentido afetivo-amoroso.

Já na academia “G”, havia uma tendência dos profissionais de “forçar” o aluno ativo na realização das práticas corporais, ao compreenderem que o aumento ou a manutenção da quantidade e da intensidade de esforços físicos no local supostamente lesionado poderia trazer benefícios diretos para a região comprometida:

Joaquim: Luiz, estou sentido uma dor no ombro.

Prof. Luiz: Para melhorar essa dor é preciso fadigar o local, tem que estressar para fortalecer.

Esse exercício de ombro é para você tratar este ombro.

Tais atitudes dos professores da academia “G” tinham a preocupação com o efeito terapêutico da realização de exercícios físicos na região comprometida. Parecia que todo o conhecimento biomédico do professor acerca da relação entre as práticas corporais e as algias poderia ser aplicado de forma plena ali na musculação, independentemente de como os alunos concebiam seus “limites” relativos aos desconfortos físicos.

Os professores e os alunos da academia “G” interagiam em um terreno de disputas entre quem possuía saberes mais legitimados sobre o corpo. Os alunos questionavam as prescrições de exercícios físicos dos professores, utilizando o vocabulário biomédico e da área de Educação Física. Os alunos se dirigiam aos profissionais de Educação Física questionando determinados comportamentos que poderiam ser associados a certos riscos à saúde como, por exemplo, por quais motivos estavam sentindo algias com o programa de treinamento, por que não optavam pelo movimento “x” ao invés do “y”, se os profissionais achavam que era alguma lesão no ligamento “z”, se o ângulo de execução não deveria ser modificado para “w” graus para não agravar a lesão, etc.

O “tom” dos questionamentos dos alunos tinha certo “ar de imposição” e um aparente “discurso de credibilidade” face às algias. Os profissionais, em muitas ocasiões, tinham que explicar mais de uma vez sobre o que estava ocorrendo sobre as algias que os alunos não suportavam sentir. Em algumas situações nessa academia, a interação professor-aluno ficava “delicada” na medida em que não havia um consenso entre ambos sobre o que fazer em caso de dor. Não raro, o profissional cedia aos argumentos dos clientes demonstrando que estes estavam corretos em suas opiniões e iriam “atendê-los da melhor forma possível”, mesmo que, do ponto de vista técnico, discordassem da posição dos alunos “clientes” quanto estarem ou não em “risco”.

Os professores da academia “G” relatavam que os alunos dali queriam “disputar tudo” com eles: relacionamentos, condições financeiras, roupas, viagens e, inclusive, conhecimentos. Os profissionais me relatavam que o poder de argumentação com o cliente deveria ser de um “alto nível” para acreditarem na sua competência profissional diante de tais situações. Pelo fato dos alunos possuírem determinada inserção socioeconômica e cultural, os professores eram obrigados a se atualizar constantemente para dialogar ou debater com eles, caso contrário, “perderiam” o respeito dos mesmos.

Assim, o profissional se munia de argumentos técnico-científicos para convencer os alunos de que a realização das práticas corporais. Muitas vezes, depois desses “embates” entre professor-aluno/cliente, os profissionais, muitas vezes, vinham conversar comigo: “Viu? Tive que mostrar meu conhecimento! Ele é médico, mas eu bato de frente!”; “Pode observar, se você nessas situações não demonstrar conhecimento, o cliente com dor fica inseguro aqui dentro! Já tem que mandar a letra!”, etc. Havia fundamentalmente um aspecto relacional de performance entre o profissional e o cliente face à questão desses tipos de algias e suas relações com os “limites” dos riscos à saúde.

Dessa forma, demonstrar domínio técnico-científico sobre a questão das algias podia ser visto rotineiramente na interação entre professores e alunos na musculação da academia “G”. Toda vez em que um aluno se referia a algo com termos que não estivessem alinhados ao vocabulário biomédico como, por exemplo, ligados ao jargão ou à terminologia técnica da Biomecânica, Anatomia, Fisiologia, etc., os profissionais imediatamente o “corrigiam”. Por exemplo, quando o aluno dizia que tinha “o ombro muito pra frente”, na verdade, ele possuía uma “rotação anterior de ombros”; a “rótula” era a “patela”; a “batata da perna” era a “panturrilha”; o “dedão do pé” era o “hálux” e assim sucessivamente. Do mesmo modo, quando o aluno se remetia aos movimentos e/ou no momento

em que o professor estava prescrevendo os exercícios físicos, os profissionais pareciam se dirigir propositalmente aos termos relativos aos planos e eixos anatômicos como, por exemplo, ninguém "rodava o braço", mas fazia o movimento de "circundução"; "fechar as pernas" era "aduzir o quadril"; "ficar de um pé só" era "se posicionar de modo unipodal", etc.

Portanto, nas interações sociais delineadas na academia "G", as representações de dores e suas relações com as práticas corporais no setor da musculação eram relativamente distintas entre o professor e o aluno. Enquanto o primeiro possuía a tendência de estimular os esforços físicos em cima das algias ou da aparente lesão, o segundo, quase que opostamente, não era tão convencido que exercitar o local era benéfico para si. Nesse sentido, concordo com Helman<sup>4</sup> quando menciona que para um tratamento seja bem recebido, este deve fazer sentido aos sujeitos, pois, por exemplo, a forma, o propósito do tratamento e a denominação do diagnóstico são importantes.

O público frequentador da academia "G" tinha uma noção de limiar de dor e uma concepção de risco à saúde diferente dos profissionais que supervisionavam aquele espaço, o que, muitas vezes, gerava uma "frustração" de ambos os lados: dos alunos, pelo fato de se desmotivarem no engajamento nas práticas corporais por se exercitarem com certos desconfortos físicos e, dos professores, por não conseguirem alcançar um nível de comunicação, teoricamente, mais aproximado com os seus clientes. Pelo fato de resignificarem as suas visões referentes aos "limites" corporais, enquanto os alunos tinham essa tendência de superestimar as suas dores ficando em estado constante de "alerta dos riscos", os professores, as subestimavam frequentemente.

Destarte, sobre uma suposta "comunicação falha" entre os sujeitos, por outro lado, no momento em que o professor estava ciente da diversidade de demandas dos seus alunos quanto às dores, a probabilidade de maior simetria entre o profissional e seu público se elevava. Na musculação da academia "G", tal premissa podia ser vista quando o professor no momento em que se remetia ao aluno prescrevendo de forma "individualizada" em prol do tratamento de determinado desconforto físico, havia uma relação mais amistosa entre eles. Quando o professor se remetia a determinadas noções de "risco" semelhantes a dos alunos, parecia que ambos "falavam a mesma língua" acerca de supostos "limites".

Assim, os professores da academia "G" também tinham a tendência de tentar solucionar as dores agudas e crônicas "driblando", "evitando" ou "adaptando" os exercícios físicos:

Prof. Orlando: Eu tenho um aluno que tem lesão e dores no ombro. Dei "esporro" nele hoje mesmo, queria fazer tudo com o ombro, até o exercício de desenvolvimento. Mandei fazer fisioterapia, fiz uma serie, até porque sou especialista em pós-lesão e pronto, hoje voltou a jogar vôlei e não quer outra vida. Eu vou mudando pro cara não sentir nada, entendeu?

Grande parte dos professores da academia "G" fazia questão de demonstrar as suas competências profissionais com essas ações, seja aparentemente "tratando" ou "amenizando" os desconfortos físicos. Eu observava que isso não se resumia apenas a um compromisso ético-profissional. Alguns professores assumiam que se o aluno sentisse dor seria menos um cliente para eles poderem investir na oferta de serviços de *personal trainer*, antes que saíssem da academia. O objetivo central era realizar a adesão do cliente naquele espaço, tornando assim maiores as possibilidades financeiras futuras.

A diversidade e a quantidade de exercícios físicos conhecidos por serem de "reabilitação" marcavam presença significativamente na musculação e na prescrição de treinos dos professores, que faziam questão de "vendê-los" para os alunos. Os profissionais também deixavam claro para os alunos que os auxiliavam nessas algias enquanto estivessem trabalhando na musculação, mas somente como *personal trainer* teriam a possibilidade de intervirem com eficácia em suas lesões e seus riscos, resignificando, assim, como lidar com "limite" do corpo acometido por "dores". Por isso, ininterruptamente, os professores tentavam dar atenção a todos da sala de musculação com o intuito de quanto mais interações conseguissem, maior seria a chance de encontrarem uma "demanda" de um aluno que poderia ser contemplada com o serviço de *personal trainer*.

Em suma, o trabalho como professor de sala de musculação era o momento de demonstrar as suas capacidades para intervir nas algias dos alunos mediante o acompanhamento como *personal trainer*. Era dessa forma que as relações eram também atravessadas pelo interesse mercadológico.

Assim, mais do que se munir de uma orientação técnico-científica no que diz respeito a “curar” ou “amenizar” as sensações álgicas dos alunos, em algumas ocasiões, o professor “testava” os “limites” de dores dos alunos até o ponto que eles podiam suportar. Alguns professores comentavam que usavam a premissa de se basear no “limiar da dor”, pressuposto esse que seria derivado da área de fisioterapia, com a finalidade de prescrever os exercícios físicos para os seus alunos, mas que, no fundo, havia também a relação de consumo das práticas corporais em que o professor vendia “menos dores” e o cliente comprava esse “alívio”.

Havia, portanto, o cuidado de exigir o máximo de performance corporal, porém o deixando na academia o mais confortável possível; sempre sob a sua exclusiva supervisão. Assim, as dramatizações de “cura” eram moduladas também pelas interações face a face que se delineavam a partir desta lógica mercadológica.

Em termos gerais, tanto na CDD quanto na Barra, perante os alunos ou os clientes, os professores se deparavam com a necessidade de articularem as suas performances laborais na vida social cotidiana<sup>13</sup> em função do que seria mais competente para lidar com as dores e seus possíveis “riscos” de acordo com os grupos sociais no setor da musculação. Partindo da ideia de Becker<sup>22</sup>, sobre a possibilidade de haver alguns padrões de cultura profissional nas interações sociais cotidianas no trabalho, no que se refere às dores agudas e crônicas, foi possível observar certos *habitus* de atuação dos professores que se alinhavam ou não às noções de risco dos alunos a depender dos anseios, das crenças e das expectativas do público com o qual estavam intervindo.

Logo, argumenta-se sobre a relevância de tais achados referentes aos professores de Educação Física para o contexto da Saúde Coletiva. Indubitavelmente, demarca como as variadas formas de entender a dor podem ser articuladas pelo profissional, por vezes, assumindo traços de uma complexa rede comercial e mercadológica dos estabelecimentos privados e de certa medicalização da vida na medida em que os alunos devem combater os potenciais riscos a “qualquer preço”. Questiona-se também até que ponto há simetrias ou assimetrias entre aquele que é profissional de saúde e o usuário dos serviços quando se trata de dores e seus riscos. Ademais, indica como determinados marcadores sociais são determinantes no processo de tratamento face às algias, entendendo o processo saúde-doença em uma perspectiva ampliada.

## Considerações finais

Tendo em vista que a dor como um dado universal pode ser modulado de modo singular a depender de particulares influências socioeconômicas e culturais, foi possível apreender comparativamente múltiplas formas de como professores e alunos concebem e lidam com as dores agudas e crônicas nas academias estudadas. De modo semelhante à perspectiva de que a consulta médica é ritual e simbólica entre os profissionais e os usuários<sup>4</sup>, o mesmo se dava na relação entre o professor e seus alunos face às algias. No sentido de Goffman<sup>13</sup>, os atores sociais em cena dramatizavam durante os contatos face a face como deveriam lidar com os desconfortos físicos no palco da musculação. Enquanto os professores tentavam legitimar as suas performances profissionais, os alunos reiteravam e reconstruíam a todo instante os seus lugares e identidades sociais.

Portanto, as dramatizações para a “cura” no que diz respeito a tais algias se diferenciavam e se resignificavam entre os alunos dos estabelecimentos e, por vezes, entre os profissionais, embora existisse a tendência desses últimos optarem pela intervenção dita “biomédica”. Embora eu observasse que essas múltiplas racionalidades dos alunos sobre as dores podem ser apresentadas ao professor, percebia que tal profissional tendia a incorporar o discurso da racionalidade biomédica como forma “eficaz” de intervenção.



Em síntese, os marcadores de gênero e de classe social foram fundamentais para elucidar, em parte, os modos dos professores e dos alunos do bairro popular e nobre da cidade do Rio de Janeiro em conceberem seus desconfortos físicos e as possibilidades terapêuticas. Isso demonstra, de certo modo, a relevância da contextualização das práticas e dos profissionais em saúde em atuar com diferentes grupos sociais face ao corpo, à saúde-doença e à cura<sup>23</sup>.

Portanto, evitando qualquer análise comparativa reducionista quanto às supostas "polarizações" socioeconômicas e culturais entre as academias de bairro popular e de bairro nobre, é possível afirmar que existe uma pluralidade de significados atribuídos a dor e ao risco pelos professores e alunos. Mais do que compreender especificamente diversas concepções classificatórias de dores e de riscos entre professores e alunos em distintas academias, entende-se que, em termos gerais, pode haver uma multiplicidade de racionalidades referentes ao corpo e à saúde destacadas ou ressignificadas do referencial biomédico ainda tão hegemônico na sociedade contemporânea.

#### Colaboradores

Alan Camargo Silva foi responsável pelo trabalho de campo e desenvolvimento de todas as etapas da pesquisa. Jaqueline Ferreira foi responsável pela revisão crítica do conteúdo orientando em todas as etapas do estudo, bem como pela aprovação da versão final deste manuscrito.

#### Referências

1. Zborowski M. Cultural components in responses to pain. *J Soc Issues*. 1952; 8(4):16-30.
2. Zola IK. Culture and symptoms: an analysis of patients presenting complaints. *Am Sociol Rev*. 1966; 31(5):615-30.
3. Saillant F, Genest S, organizadores. *Antropologia médica: ancoragens locais, desafios globais*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.
4. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994.
5. Sarti C. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saude Soc*. 2001; 10(1):3-13.
6. Peacock S, Patel S. Cultural influences on pain. *Br J Pain*. 2008; 1(2):6-9.
7. Le Breton D. *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral; 1999.
8. Hansen R, Vaz AF. Treino, culto e embelezamento do corpo: um estudo em academias de ginástica e musculação. *Rev Bras Cienc Esporte*. 2004; 26(1):135-52.
9. Sabino C. O peso da forma: cotidiano e uso de drogas entre fisiculturistas. Rio de Janeiro [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2004.
10. Torri G, Bassani JJ, Vaz AF. Dor e tecnificação no contemporâneo culto ao corpo. *Pensar Prat*. 2007; 10(2):261-73.
11. Silva AC. "Limites" corporais e risco à saúde na musculação: etnografia comparativa entre duas academias de ginástica cariocas [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.



12. Becker H. A escola de Chicago. *Mana*. 1996; 2(2):177-88.
13. Goffman E. A representação do eu na vida cotidiana. 10a ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
14. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4a ed. Rio de Janeiro: LTC; 2008.
15. Goffman E. Ritual de interação: ensaios sobre o comportamento face a face. Petrópolis: Vozes; 2011.
16. Bourdieu P. Sociologia. São Paulo: Ática; 1983.
17. Boltanski L. As classes sociais e o corpo. 2a ed. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
18. Lima DNO. Ethos "emergente": as pessoas, as palavras e as coisas. *Horiz Antropol*. 2007; 13(28):175-202.
19. Lima DNO. Ethos emergente: notas etnográficas sobre o "sucesso". *Rev Bras Cienc Soc*. 2007; 22(65):73-83.
20. Bourdieu P, organizador. Questões de sociologia. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983. p. 136-63.
21. Bourdieu P. A economia das trocas lingüísticas. In: Ortiz R, organizador. Pierre Bourdieu: sociologia. São Paulo: Ática; 1983. p. 156-83.
22. Becker H. Segredos e truques da pesquisa. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2007.
23. Caprara A, Landim LP. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface (Botucatu)*. 2008; 12(25):363-76.

Silva AC, Ferreira J. Cuerpos en el "límite" y riesgo en la musculación: etnografía sobre dolores agudos y crónicos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):141-51.

El objetivo de este estudio fue discutir cómo el dolor agudo y crónico puede ser concebido por los alumnos y profesores de Educación Física en el culturismo. Esta investigación utilizó la etnografía en dos establecimientos de barrios socioeconómicamente distintos de Rio de Janeiro, Brasil: 12 meses en un gimnasio pequeño en un barrio popular y diez meses en un gran gimnasio en un barrio de alto poder adquisitivo. Fue posible aprender que los marcadores de género y de clase social influenciaron la manera en que determinados alumnos comprendían los "límites" del cuerpo en lo relativo a los dolores y sus riesgos. La intervención del profesor frente a este síntoma y al riesgo, aunque marcada por el referencial biomédico, era influenciada por el contexto en que el gimnasio estaba inmerso. Tales datos indican la importancia de investigaciones etnográficas sobre cuerpo y salud-enfermedad en contextos ajenos a los servicios de salud tradicionales.

*Palabras clave:* Dolor. Riesgo sanitario. Centros de Acondicionamiento. Etnografía. Educación y Entrenamiento Físico.

Submetido em 17/07/15. Aprovado em 29/04/16.



# “Minha história de superação”:

## sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer

Kátia Lerner<sup>(a)</sup>  
Paulo Vaz<sup>(b)</sup>

Lerner K, Vaz P. “My story of overcoming”: suffering, testimony and therapeutic practices in cancer narratives. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(61):153-63.

This paper aimed to investigate the communication of suffering in a qualitative research analyzing the patients' testimonies in a cancer clinic in Rio de Janeiro. The goal was to problematize the contents, enunciative strategies and discursive scenes in order to understand the meanings of illness, suffering and person. It was observed that the publicization of these narratives was linked to the contemporaneous reconfiguration of health and disease processes, marked by the notions of sick person and the rationale of risk. It's also related to the social representation of cancer in which the memories of lethality and its increasing incidence made it a threatening, albeit a more familiar event. The conditions of communicability were connected to the emergence of suffering as a socially valued experience. These reports reveal the strength of biographical narratives and the exposure of intimacy as a therapeutic act in the contemporary context.

**Keywords:** Suffering. Illness. Cancer. Biographical narratives.

Este trabalho buscou investigar as formas de comunicação do sofrimento ligado ao câncer a partir de estudo qualitativo de narrativas de indivíduos vivendo com a doença. O objetivo foi problematizar conteúdos, estratégias enunciativas e cenas discursivas desses testemunhos, buscando compreender as noções de doença, sofrimento e pessoa. Observou-se que a publicização dessas narrativas estava vinculada às reconfigurações dos processos de saúde e doença na contemporaneidade, marcados pela categoria pessoa doente e pela lógica do risco. Vinculava-se, também, às representações sociais do câncer, em que a memória da letalidade e o aumento da incidência tornava-o uma experiência ameaçadora mas, também, mais familiar. Suas condições de comunicabilidade vinculavam-se, ainda, à emergência do sofrimento como experiência socialmente valorizada. Esses relatos revelam a força das narrativas biográficas no contexto contemporâneo, marcado pelo individualismo, em que a exposição da intimidade é entendida como ato terapêutico.

**Palavras-chave:** Sofrimento. Doença. Câncer. Narrativas biográficas.

<sup>(a)</sup> Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Avenida Brasil, 4036, sala 504. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21040-361. katia.lerner@icict.fiocruz.br

<sup>(b)</sup> Programa de Pós-Graduação em Comunicação, Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. paulovaz@ufrj.br

"Em junho de 2012, foi detectado um tumor maligno no meu intestino. Meu mundo desmoronou, parecia que o céu e a terra estavam se encontrando, e eu estava esmagado, sem ar, sem saída".

## Introdução

O texto acima foi escrito pelo paciente de uma instituição oncológica privada do Rio de Janeiro ao final de seu tratamento, e constitui ponto de partida para se pensar sobre alguns elementos acerca dos sentidos associados à experiência de pessoas com câncer na contemporaneidade. Evidenciando o choque da descoberta da doença, revela uma perturbação cuja força se manifesta por meio de um intenso sofrimento, a ponto de sentir "o mundo desmoronar", estar "esmagado", "sem ar, sem saída", na vivência de uma maior proximidade com a morte.

Estas associações, muito recorrentes, não são recentes. Doença com longa história e forte presença no imaginário científico e leigo, o câncer possui uma carga simbólica permanentemente atualizada pela memória de sua letalidade. Historiadores apontam referências às neoplasias desde a Antiguidade, quando já neste período se identificava sua associação às ideias de morte e sofrimento<sup>1</sup>. Tomando como ponto de partida o século XX, podemos citar o estudo de Bertolli Filho sobre os anos 1900-1950<sup>2</sup>, quando o autor afirma que, ainda que sua ocorrência epidemiológica fosse concomitante à de outras patologias, como a tuberculose, a hanseníase e a sífilis, o câncer apresentava uma prevalência simbólica dentre as demais.

Sontag, em seu trabalho do final dos anos 1970<sup>3</sup>, assinala como a doença permaneceu envolta por estigma, mantendo essas associações. A autora observa que, ao saberem que algum parente tinha câncer, as pessoas se afastavam, descontaminavam objetos e partes da casa, como se fosse uma doença transmissível. Segundo ela, "a própria palavra 'câncer' era tida como capaz de matar alguns pacientes que não sucumbiriam (tão rapidamente) ao mal de que sofrem". Trabalhos recentes no contexto brasileiro apontam cenário semelhante, como o de Aureliano que, em sua etnografia sobre mulheres de grupos de apoio ao câncer de mama na Paraíba, relata ter sido orientada a substituir a palavra câncer por "doença" ou "esse problema" sob o seguinte argumento: "algumas mulheres não sabem de seu diagnóstico" pois "não querem ouvir que têm câncer"<sup>4</sup>.

Se as associações à doença remetem a significados sombrios, no entanto, cabe ressaltar que as formas de se viver, sentir e falar sobre câncer não são homogêneas. A antropologia vem, há tempos, assinalando a multiplicidade de significados das doenças segundo perspectivas distintas, como sugerem as noções de *illness* e *disease*<sup>5</sup>. Isso se refere não apenas aos atores sociais envolvidos e os distintos lugares ocupados por eles no âmbito desta experiência, mas, também, pelas transformações que as enfermidades vêm passando ao longo dos tempos. No caso do câncer, observa-se o aumento nos índices de incidência e a diminuição na taxa de mortalidade. Simultaneamente mais próxima e menos letal, uma nova sensibilidade vai se tecendo, dialogando não apenas com a memória de sua letalidade e potencial sofrimento mas, também, com um contexto mais amplo ligado à experiência dos processos de saúde e doença.

Essas transformações impactaram tanto a experiência direta com a enfermidade como, também, as possibilidades de se falar sobre ela. Por muito tempo restrita a espaços privados e marcada por interdições de diferentes ordens (como o tabu do nome), observa-se, no entanto, sua progressiva emergência no espaço público. Um indício desta afirmativa é que o câncer se converteu em uma das doenças de maior visibilidade midiática. Proliferam notícias em veículos jornalísticos sobre prevenção, tratamento, cura, e, também, sobre celebridades acometidas pela doença; acompanhamos a produção de filmes de grande popularidade, seriados de TV, entre outros exemplos.

Esta vinculação entre câncer, morte e sofrimento constitui um campo de investigação fecundo e multifacetado. No entanto, é importante desconstruir sua associação natural e homogênea, tomando-a como ponto de partida para se pensar sobre as formas de se viver a doença e o sofrimento na contemporaneidade. A doença, ainda que adquira existência num corpo individual e tenha fundamento biológico, é construída e compartilhada socialmente. Esses sentidos mudam com o

tempo e variam segundo os modos de se viverem os processos de saúde e doença nos contextos sociais, culturais e políticos nos quais essas experiências se inserem. Do mesmo modo, as formas de se classificar o que é digno de gerar sofrimento, as categorias sociais que “merecem” ser objeto de compaixão e piedade, os modos de se lidar e minorar o sofrimento também são eventos socialmente construídos. Essa dimensão construída refere-se não apenas ao reconhecimento de que os processos sociais, políticos, culturais e econômicos engendram formas corporificadas de sofrimento<sup>6</sup>, mas que a própria noção de sofrimento (o que se entende como passível de gerar dor e aflição) é também social e culturalmente dada.

Diante do exposto, o presente artigo busca compreender alguns dos contornos da experiência do sofrimento e suas formas de comunicação no contexto contemporâneo na sua relação com os processos de saúde e doença, mais especificamente na experiência com o câncer. O objetivo é entender os modos como o sofrimento aparece no espaço público, levando em conta como são construídos discursivamente os sofrimentos envolvidos, a natureza deste sofrimento, suas causas e responsabilidades. Ao se identificar como esse sofrimento adquire visibilidade, interessa ver quais são as estratégias utilizadas e as cenas discursivas em que esses relatos emergem; como e a quem se endereçam, quais os sentidos que esse ato de fala possui.

Para realizar a tarefa proposta, foi feita uma análise qualitativa de narrativas autobiográficas de indivíduos que vêm convivendo com a doença. Estas narrativas foram publicadas em um livro descoberto por ocasião da etnografia realizada em uma clínica oncológica privada no Rio de Janeiro. Tal publicação é fruto do projeto “Histórias de superação”, uma iniciativa criada em 2011, quando um dos diretores, um oncologista clínico, inspirado em projetos realizados nos EUA, decidiu publicar testemunhos de pacientes no site institucional. Amparado pelo setor de marketing, o projeto acabou por assumir uma proporção mais ampla, com a publicação do livro, em 2015, no evento comemorativo dos 25 anos da instituição; e a utilização de fragmentos destes relatos em produtos como calendários institucionais e pôsteres, em que a imagem de alguns narradores tornou-se ornamento nos espaços físicos da sede principal da instituição.

Embora o artigo se limite à análise dos testemunhos apresentados no livro, sua redação foi simultânea à realização do trabalho etnográfico. Por limitações de espaço inerentes a um artigo acadêmico, não foi possível expor, aqui, explicitamente, os resultados do campo. É claro, porém, que tal experiência foi decisiva na análise dos testemunhos. Esta, por sua vez, foi orientada pelo princípio básico de análise de discurso de matriz Foucaultiana<sup>7</sup>, a raridade discursiva: remeter um enunciado às suas condições de enunciação, pois a questão aqui é saber por que emergiram esses tipos de enunciado sobre doença, sofrimento e morte, quando tantos outros seriam e já foram possíveis.

### **Sobre doença, câncer e sofrimento**

A compreensão sobre os modos de se falar sobre o câncer na contemporaneidade não pode prescindir de uma correlação desta experiência com os modos de se viverem os processos de saúde e doença a partir da modernidade. Herzlich e Pierret<sup>8</sup> chamam a atenção para quão recente é a emergência da categoria “pessoa doente”, que toma corpo a partir do século XIX, quando as epidemias de hanseníase e peste se tornaram mais controladas e a tuberculose surgiu como uma doença individualizante. Diferente da hanseníase, que gerava a exclusão da sociabilidade, e da peste, que era seguida de morte rápida, a tuberculose constituiu uma experiência mais duradoura e individualizada. Isso possibilitou ao doente ter uma visão de si e da sua enfermidade, ao mesmo tempo em que a sociedade o reconhecia e identificava, propiciando a emergência de um modelo voltado para a pessoa doente que envolvia cuidados médicos e todo um aparato sociolegal.

A experiência da doença como algo que perpassa boa parte da nossa existência tornou-se paulatinamente comum e foi assumindo novos contornos. Num cenário mais recente, com a chamada transição epidemiológica, observa-se a diminuição das doenças infectocontagiosas como principais causadoras de morte e sua substituição pelas doenças crônico-degenerativas. Assim, multiplicam-se as modalidades possíveis desta experiência, podendo ser uma situação temporária ou permanente. Não raro, observa-se a construção de identidades sociais a partir desta vivência, que se dá seja no

caso da doença já existente, como, também, na expectativa de sua manifestação futura. Diferente da concepção moderna de doença, na qual a patologia era apenas detectada quando o sintoma se manifestava e era a expressão de uma lesão a ser identificada, com a descoberta dos fatores de risco, passou-se a buscar alguma alteração anatômica ou fisiológica antes mesmo de haver sintoma. O que se descobre, então, não é a doença já constituída, mas sua provável manifestação futura. A associação entre um sintoma e sua probabilidade, ou, ainda, a expectativa de uma doença genética, gerou uma vigilância cada vez mais intensa e antecipada sobre o corpo, numa forte crença de que poderemos evitar, de forma eficaz, a ocorrência dos infortúnios relativos à saúde.

Se a experiência dos processos de saúde e doença era comumente associada à noção de morte e sofrimento, observa-se a emergência de outra lógica concomitante. A morte permanece como evento temido, mas isso vem atenuado pela crença de que ela pode ser adiada por intermédio da ação humana. Se, por um lado, o medo se amplia, pois está disseminado entre todos nós, que paulatinamente aprendemos a nos ver como possíveis doentes, por outro, a maior incidência de câncer decorrente do aumento da expectativa de vida, seu processo de cronificação e os avanços tecnológicos o tornam um evento mais corriqueiro e familiar. A lógica preventivista passa a ser um meio importante por meio do qual lidamos com esse fenômeno, atenuando seu caráter sombrio e reconfigurando as condições de comunicabilidade dessas experiências e seus modos de aparecimento no espaço público.

Não por acaso observa-se a proliferação de textos jornalísticos sobre enfermidades em geral e o câncer em particular. Em seu trabalho sobre a revista *Veja*, Ferraz aponta a existência de reportagens sobre a doença desde os primórdios do semanário (1968), com acentuado crescimento a partir dos anos 1980 e estabilização até a década seguinte, com novo crescimento a partir dos anos 2000. Neste momento, essa presença assumiu proporções bem mais significativas, tornando-se uma das enfermidades de maior visibilidade nos veículos brasileiros<sup>9,10</sup>.

Essa presença, intensa do ponto de vista quantitativo, apontava, por outro lado, a importância que os cuidados com a saúde de forma geral e a preocupação com o câncer, em particular, estavam assumindo. A mídia apresentava um papel pedagógico em que, articulada ao saber médico, auxiliava os indivíduos a gerenciarem seus corpos, com: a observação de sinais, o estímulo ao uso de medicamentos, vitaminas e, até, procedimentos como a mastectomia preventiva, realizada por Angelina Jolie, relatada no jornal *The New York Times*.

Este destaque nos meios de comunicação é, ao mesmo tempo, efeito e agente de um processo em que o câncer passou a ser classificado como um "problema social", o que se atesta, também, por meio do surgimento de inúmeras políticas públicas voltadas à sua prevenção, controle e tratamento. Teixeira, Porto e Noronha<sup>1</sup> relatam como, desde os anos 1990, se intensificaram as iniciativas governamentais, tendo o câncer alçado, nos anos 2000, à condição de "problema de saúde pública", configurando um cenário, como aponta Aronowitz, no qual passamos de "medos privados e isolados de câncer de mama para uma imensa preocupação individual e coletiva sobre o risco de câncer de mama" – e, acrescentaríamos, dos demais tipos de neoplasias<sup>11</sup>.

Verifica-se um novo momento para a comunicação desta doença. Juntamente com a presença deste câncer mais "genérico" que toma corpo pelas orientações médicas e impessoais replicadas pela mídia e pelas políticas públicas, observa-se a emergência do câncer do ponto de vista daqueles que passaram pela experiência. Marcadas pela pessoalidade e pelo teor biográfico, essas narrativas eclodem no espaço público por meio de livros, blogs ou, ainda, testemunhos veiculados em diversas mídias. Não mais a vergonha, mas o ímpeto de expor a experiência e compartilhar o sofrimento, revelando a existência de novas condições de comunicabilidade para a doença. Pois, como diz Pollak sobre a experiência de relatos acerca de situações-limite, a questão não é apenas saber que condições extremas tornam um indivíduo capaz de testemunhar, mas, também, as condições que tornam essas experiências comunicáveis, o que permite a ele se sentir socialmente autorizado para dar seu testemunho em um dado momento<sup>12,13</sup>.

Pode-se afirmar que essa "autorização" relaciona-se tanto com os já aludidos processos de saúde e doença, como, também, com a própria noção de sofrimento. A partir da análise da categoria "trauma", Fassin e Rechtman chamam a atenção para o surgimento de uma nova economia moral em que o sofrimento torna-se valorizado e fonte de autenticidade. Os autores acompanham o surgimento desta



categoria a partir do debate do campo da psiquiatria com vertentes da psicanálise e de suas inter-relações com outros espaços sociais e simbólicos, como: os sobreviventes do Holocausto, o movimento feminista e dos veteranos de guerra do Vietnã. Deslocando, em seguida, as suas análises para outros eventos de cunho político, eles demonstram como, por meio da narrativa sobre o passado, ocorre a construção de uma nova identidade marcada pela noção de “vítima”.

Os testemunhos seriam vistos, então, como a possibilidade de expressão da memória de um sofrimento “real”, “autêntico”, gerado pelo “encontro infeliz de uma pessoa comum com um evento extraordinário”<sup>14</sup> (p. 87). Os autores destacam que a noção de trauma, pensada como a marca deixada por um evento trágico, tornar-se-ia algo difundido na sociedade, que poderia acometer a todos sem distinção, e que reuniria as mais distintas experiências, impactando não apenas a política mas, também, as relações sociais mais amplas, as formas de ver o outro e de produção de autoconsciência.

Nesta nova economia moral que aponta para o sofrimento como uma condição legítima, garantidora de direitos e compaixão, a disseminação desta perspectiva impactaria, também, as experiências ligadas à doença. Sejam traduzidas em movimentos políticos reivindicatórios (como dos portadores de hanseníase, celíacos etc.) ou, meramente, como formas de autorreconhecimento, essas identidades encontram um solo fecundo de publicização, vinda, frequentemente, por meio de testemunhos; e sua experiência, antes estigmatizante e, portanto, a ser mantida no segredo, assume, agora, novos contornos. Certamente, não se quer dizer que não haja mais estigma em relação àqueles que a vivenciam, mas apenas apontar a emergência de uma nova articulação possível entre doença, sofrimento e visibilidade.

A narrativa do sofrimento associado à doença viria, portanto, pela produção biográfica, o que, por sua vez, está associado a um intenso processo de publicização das vidas privadas, reconfigurando, em alguma medida, a construção narrativa do privado como esfera da intimidade e possibilitando a emergência de novos arranjos. O cotidiano, a vida ordinária, a experiência, o espaço das emoções e da vida interior, que antes deveriam ser “resguardados” no segredo, passam a ser alvo de grande interesse e expostos nos mais diversos suportes tecnológicos. Os bastidores, antes descartados como algo que não interessava a ninguém que não o próprio sujeito ou aos que o cercavam em um circuito próximo, passam a ser vistos como reduto de maior autenticidade, locus onde residiria a “verdade” do indivíduo<sup>15</sup>. Assim, numa sociedade marcada pelas crescentes práticas de exposição de si pela via da intimidade, não é casual a emergência de um projeto institucional constituído por experiências pessoais com o câncer.

### **A gestão do sofrimento entre a medicalização e a “força interior”**

“Março de 2011 – fui fazer uma colonoscopia e o resultado acusou um câncer no intestino transverso. Fiquei em pânico: todos da família do meu pai morreram de câncer. Mas eu pensei: vou lutar e vencer. Sofri muito durante a cirurgia e também na recuperação. [...] Quando ouvi do Dr. XXX ‘Parabéns, você venceu’, dei graças. Obrigada a todos que me dedicaram o carinho e a força necessários”.

Ao se tomarem como objeto de investigação as narrativas de câncer, é importante ressaltar que elas constituem construções discursivas marcadas pelo olhar retrospectivo. Como qualquer ato memorialista, envolve sempre um processo seletivo, implicando o ordenamento que pressupõe enquadramentos, esquecimentos e silêncios<sup>16</sup>. Enquanto ato mnemônico, essa composição tem, como ponto de partida, o presente, e é sempre contextual e dialógica. No entanto, tal organização não é linear, mas está ligada a processos resultantes de conflitos e negociações que os sujeitos travam em situações sociais concretas, resultando em diferentes enquadramentos e disputas por sentidos.

No caso das narrativas estudadas, observa-se que o seu contexto de produção imprime algumas marcas importantes. Elas foram realizadas no interior de uma instituição oncológica e, sendo assim, possuem um enquadramento mais disciplinado e o relativo apagamento das tensões. Observa-se uma “moldura” a partir da qual foram tecidas, o que fica explicitado quando, no site, vemos parte delas redigida a partir de itens pre-determinados, numa espécie de roteiro: “Descoberta”, “Família”,

"Amigos", "(nome da instituição)", "Médicos" e "A superação". Esse disciplinamento institucional modela um enredo linear: que se inicia com o diagnóstico, passa pelo impacto emocional da descoberta, destaca o apoio das redes familiares e de amigos, os procedimentos médicos tomados, e, por fim, traz o desfecho.

Cabe comentar alguns elementos desse "roteiro", a começar pelo seu início. Caracterizado como a "descoberta", esse momento aponta para o que Michael Bury designa de "ruptura biográfica"<sup>17</sup>, quando se dá a reorganização da identidade social, que envolve rearranjos de ordem simbólica e, também, prática. Um aspecto que chama a atenção é o lugar e o poder do saber biomédico neste processo classificatório, expresso pelo manejo dos exames, "provas" que proporcionarão a definição do doente na sua nova condição. Rosenberg faz considerações interessantes sobre o papel que o diagnóstico assume nos processos de doença. Diz ele:

O diagnóstico é central na definição e gerenciamento do fenômeno social a que denominamos "doença". Ele constitui um ponto de articulação indispensável entre o geral e o particular, entre o conhecimento consagrado e sua aplicação. Trata-se de um ritual que sempre ligou médico e paciente, o emocional e o cognitivo, e, ao fazê-lo, legitimou os médicos e o sistema médico de autoridade, ao mesmo tempo em que facilitou decisões clínicas particulares e proporcionou sentidos culturalmente acordados para a experiência individual. O diagnóstico é não apenas um ritual, mas também um modo de comunicação e, portanto, necessariamente, um mecanismo estruturador de relações burocráticas.<sup>18</sup> (p. 240) (tradução nossa)

A importância dos médicos (e, mais precisamente, da biomedicina) no enquadramento deste relato não se esgota no momento inicial, mas em todo o encaminhamento da doença. São eles que conduzem o tratamento, auxiliam na recuperação e, por fim, trazem a "boa nova", expressa nas falas pela noção de "cura" ou "controle" da doença. Embora isso se relacione com o contexto de produção dos relatos, realizados no âmbito de uma clínica oncológica que claramente objetiva a construção de uma imagem institucional, essas condições não invalidam a problematização acerca das escolhas efetuadas nesse empreendimento de marketing. Afinal, não se tratam de escolhas aleatórias, mas que refletem o sistema de crenças e valores existentes na sociedade mais ampla e que aparecem reatualizadas nesses contextos discursivos.

Nessas narrativas, os médicos são retratados como os grandes responsáveis pelo sofrimento (não como causadores, mas gestores), revelando uma forma possível de se lidar com a doença e o sofrimento. Aqui, novamente, é crucial, para a análise, o recurso à dimensão histórica, na medida em que o estudo desses discursos requer o senso do possível, a capacidade de apreender que já existiram outros discursos ordenados em torno de outros conceitos e formas institucionais. Nesse sentido, é possível afirmar que esse processo se relaciona com a emergência da medicina moderna no século XIX – em que o médico desponta como o grande administrador das enfermidades – que não mais é deixada seguindo o seu "curso natural" ou, menos ainda, aos desígnios de Deus, mas podendo ter, por meio da ação humana, o poder de a elas se contrapor. Seu status social é elevado e ocorre uma reconfiguração de sua identidade, onde eficácia e ativismo técnico são elementos fundamentais para dar conta da gestão do então descoberto mecanismo do corpo<sup>18</sup>.

Certamente, muitas transformações ocorreram desde o nascimento da medicina moderna, inclusive, a própria reconfiguração da autoridade médica. A noção de risco vem deslocando, paulatinamente, a responsabilidade pelas práticas preventivas para o próprio indivíduo e a sociedade contemporânea trouxe um volume e acesso a informações que produziu o vigoroso empoderamento dos indivíduos comuns. No entanto, cabe destacar que, nesse contexto, esta autoridade ainda é forte, o que se deve a vários fatores, seja em função da natureza dessa doença em sua proximidade com a morte ou pela presença da lógica da medicalização. Definida de forma operacional por Peter Conrad como a transformação de problemas sociais em problemas médicos<sup>19</sup>, cabe aqui chamar a atenção a outro aspecto da medicalização: o enquadramento de um fenômeno biológico pela lógica médica, entendendo que essa não é uma relação causal necessária. Esse enquadramento particular seria revelador de uma das formas de se conceber a experiência do sofrimento no caso analisado.

Hanna Arendt, em seu livro *Sobre a Revolução*, apresenta as formas como a questão do sofrimento foi abordada na história do pensamento e práticas ocidentais. Tomando, como ponto de partida, a experiência dos processos políticos que desaguaram na Revolução Francesa, ela chama a atenção para a emergência de uma política do sofrimento que se baseava na distinção entre sofrendores e não sofrendores. Pensando não apenas na revolução burguesa mas, também, nas concepções igualitárias marxistas que se seguiram, a filósofa observa que esta concepção engendra, também, uma distinção entre o lugar em que cada um se posiciona: trata-se de um espetáculo de contemplação em que os “felizes” observam os “infelizes” e atuam para minorar sua dor<sup>20</sup>.

Observa-se um cenário com algumas similaridades mas, acima de tudo, com diferenças importantes. Nos modos de se relacionar com o sofrimento, os “felizes” (“sãos”/médicos) observariam os “infelizes” (“doentes”), e o seu papel seria o de ajudá-los mediante o sentimento da compaixão<sup>21</sup>. No entanto, diferente do que se dava na política da piedade – na qual o sofrimento do “outro” era dirigido aos não sofrendores, convidando-os à mobilização para a construção de um futuro pautado numa legitimidade universalizante, na qual a esfera pública era o espaço prioritário de realização do interesse comum –, neste caso, observa-se uma relação com o sofrimento destituída de sociedade ou política. O câncer é representado como uma “fatalidade”, sem responsabilidades – seja do desenvolvimento do capitalismo, dos estilos de vida “errados”, seja do pecado do indivíduo diante de Deus. Esse apagamento de causalidades traz um enquadramento muito distinto, uma vez que encontramos apenas indivíduos em sofrimento dentro de seus espaços privados e transcendentais: os consultórios, os redutos familiares e de amigos, o “eu interior” e a religiosidade marcada pela relação direta com Deus.

O inquestionável protagonismo do médico na condução e gestão do sofrimento tem o auxílio de outros atores importantes, como os familiares e os amigos. Estes, no entanto, ocupam um lugar distinto na relação com o infortúnio, pois não estão dele descolados, mas fazem parte do espectro de vítimas atingidas pelo evento. Inclusive na própria interpelação institucional, eles podem assumir o lugar do “doente” e dar o depoimento em nome do parente adoecido. Frequentemente, aparecem marcados por relações horizontais, em que preponderam as noções de “amor”, “solidariedade” e “gratidão”.

Se a condução do processo da doença é capitaneada pelos médicos com o auxílio dessas redes de apoio (as quais apresentam ambiguidade na sua mistura com as demais vítimas), percebe-se “escapar”, por entre os relatos, algo que não está contido no roteiro institucional: que os modos de enfrentamento ao sofrimento envolviam, de forma contundente, a existência de um sujeito vigoroso, traduzido pelas noções de “força interior”, “atitude”, “positividade”, “autoestima”:

“Em 2012, tive diagnosticado um câncer colorretal. Acredito que a atitude, nesse momentos, seja muito importante – eu encarei o diagnóstico de câncer como algo a ser enfrentado positivamente. [...] Não é fácil, mas continuei seguindo em frente com positividade e fé. Nossas armas mais poderosas são a coragem, a segurança e a elevada autoestima”.

Nesta “batalha”, embora o médico tenha grande importância, o personagem que adquire destaque é o doente, o grande protagonista desta narrativa. Observa-se uma concepção de pessoa marcada pelo indivíduo psicológico, dotado de interioridade, em que, apesar de relacionado aos laços sociais, é na força de sua ação que o processo de cura – ou de “superação” – ocorre. O “amor” que se coloca não é apenas pelo outro, mas, acima de tudo, por si mesmo, onde as categorias “autoestima”, “vontade interior” e correlatas delineiam um sujeito cuja ação se sobrepõe às demais determinações, como a força da natureza (o processo fisiológico que geraria a doença) e do destino. Aqui, a recorrente alusão à transcendência não revela a filiação a um credo religioso estruturado (ignoramos se são católicos, evangélicos, judeus, espíritas...), mas uma religiosidade que liga este “eu interior” de forma direta a essa “força superior”, sem mediações, sendo por ela fortalecida e reforçando a perspectiva de individualismo presente no relato.

## Câncer: final feliz?

Outro ponto importante deste roteiro refere-se ao seu desfecho. Grande parte dos relatos evoca a ideia de um encerramento em que, a despeito do desenlace da doença, observamos o que poderíamos designar de um "final feliz". Aqui, a categoria "superação" é decisiva e está presente desde a origem do projeto. No livro, o médico da instituição observa que os espaços criados constituem o ambiente ideal para "colocar essas histórias, disseminar sucessos, abrir espaço para o paciente que quer se manifestar, contar sua história, como vencedor que é".

Observa-se a construção de uma narrativa em que os protagonistas são sofrendores comuns: pessoas como nós, atropeladas por uma "tragédia" externa, mas cuja "força interior" e "autoestima" possibilitaram superar o infortúnio e trazê-las de volta à rotina. A noção de vitória tem, portanto, uma dupla face: a que evoca a metáfora bélica, tão presente nos discursos da saúde, mas, também, a do imaginário neoliberal de inspiração norte-americana, que divide a sociedade entre "vencedores" e "perdedores". Aqui, pouco importa se o paciente se curou, se a doença está controlada ou, mesmo, se ele morreu. O cerne da "vitória" reside na sua atitude, que derrota o sofrimento e os promove a doentes "bem-sucedidos", numa certa heroização desses personagens. É sintomático que seus rostos sejam transformados em ornamentos de calendário ou pôsteres em tamanho ampliado, pendurados no corredor da clínica, na sua transformação em um tipo de "celebridade" da doença, ainda que, diferente das celebridades usuais, a marca de singularização seja invertida: eles não se destacam por serem únicos, mas são expressão de uma categoria coletiva.

Essa observação pode ser pensada com outras nuances ao se investigarem essas mesmas narrativas no contexto do livro comemorativo da instituição. Ele começa com uma apresentação do diretor técnico, em seguida, da gerente de marketing, corroborando o que foi apontado sobre a importância do projeto na construção de uma imagem institucional, e da jornalista-paciente, apresentada como "curadora e editora", a responsável por colocar a ideia em prática. Seguem, então, as 25 crônicas de figuras de destaque no meio artístico-cultural brasileiro e, depois, o relato dos pacientes. O resumo exibido na quarta capa do livro descreve bem a proposta:

"Vinte e cinco jornalistas e escritores brasileiros oferecem crônicas inéditas sobre o tema da superação. Do eterno atraso ao joelho despedaçado num atropelamento; do exemplo da mãe determinada ao acidente vascular cerebral aos 30 anos; do futebol ao rock'n roll; da surdez progressiva à angústia do ofício de escritor e muito mais".

A justaposição de experiências tão díspares produz o paradoxal movimento de valorização e banalização do sofrimento. No livro, o que é digno de ser narrado como sofrimento é o que vai da experiência trivial ao evento limite; equalizam-se tanto as experiências quanto os protagonistas, colocando, lado a lado, em relação de continuidade, os célebres – humanizados em suas dores comezinhas, em que seus sofrimentos "banais" são promovidos ao estatuto de algo digno de ser narrado – e os anônimos, transformados, discursivamente, em seres especiais, heroizados na forma como relatam a tranquilidade com que enfrentaram sua situação e atenuando sofrimentos-limite, como revelam as falas: "sofri mas tirei de letra", "sofri mas venci"...

Essa aproximação e identidade entre célebres e anônimos tem outros desdobramentos importantes, ligados ao endereçamento da narrativa. Se durante anos a experiência do câncer pressupunha o movimento de afastamento, agora, vemos esse sofrimento como uma emoção que une. Os pacientes oncológicos, em seus relatos, se endereçam, prioritariamente, aos demais doentes – e daí a presença das noções de "esperança" e "aconselhamento" –, com uma forte interpelação à prevenção e o incentivo ao autocuidado. Este movimento, no entanto, vai além, pois dialoga com um público mais genérico – seja para mudar a imagem da doença, antes vista como momento de término/morte, seja porque o alargamento da lógica do risco permite que esta narrativa não esteja confinada a esses "iguais" (os também doentes), mas a outros tipos de "iguais": nós, que nos aproximamos tanto da possibilidade de ter câncer, quanto da experiência do sofrimento. Aqui, a separação entre felizes e

infelizes não se coloca: somos uma “comunidade de sofredores”, infelizes seja por causa de nossos dramas cotidianos, amplificados onde outrora se tratava apenas de eventos da vida, seja por estarmos sujeitos à possibilidade, hoje vista como concreta, do desenvolvimento de um câncer no futuro. Neste sentido, o empreendimento de marketing é bem-sucedido, pois não apenas almeja contribuir para “positivar” os sentidos associados ao câncer, como também busca associar a imagem institucional a este evento moralmente bem conceituado, fortalecendo sua imagem pública e se colocando como uma instituição bem avaliada por todos que dela por ventura um dia necessitarem.

### **Alguns apontamentos finais sobre as relações entre sofrimento, doença, narrativas biográficas e visibilidade**

O lugar de protagonismo dos narradores envolvia, como foi dito, sua construção enquanto figuras heroicas. No entanto, este heroísmo aparece associado a pessoas comuns, em situações desfavoráveis, caracterizando-os mais como *anti-heróis*. Podemos associar esse movimento ao processo anteriormente apontado, em que o lugar de vítima veio a se constituir, em meados do século XX, como uma condição legitimada, lugar de relativa inquestionabilidade<sup>14</sup>. Esta questão traz à tona outro elemento, ligado à ideia de que não apenas a vítima é um ser socialmente valorizado, mas que o relato do sofrimento é ainda mais legítimo se feito pelo próprio indivíduo que passou pelo evento. A dimensão testemunhal aumenta seu poder mobilizador, ainda que, como foi visto, isso seja um efeito de sentido, uma vez que os relatos são fortemente mediados pela instituição (seja pela seleção dos depoentes, seu enquadramento mediante roteiro prévio, revisão e edição do texto segundo o espaço enunciativo etc.).

Assumindo a frente da cena discursiva, esses indivíduos e suas experiências adquirem visibilidade. A exposição torna-se um importante componente do relato tanto para a instituição oncológica (parte do brilho do projeto é dar a oportunidade para os pacientes falarem de sua experiência) como, também, para os próprios doentes. Ao se exporem, um processo parece estar em curso, ligado à reconfiguração de sua identidade. Essa visibilidade muda o olhar do outro sobre si (pois contribui para forjar uma imagem mais “positiva” e “esperançosa” sobre o câncer, atenuando o estigma) e, ao mesmo tempo, provoca uma reconstrução de sua identidade a partir do olhar do outro. Sua experiência é reconfigurada a partir das noções de “coragem”, “superação”, “positividade”, “força”; são retratados como figuras “bem-sucedidas”, “vencedores”, verdadeiros (anti)heróis. Seu sofrimento os “dignifica”, caracterizando-os como exemplos de coragem. Essa transformação poderia ser pensada como parte do processo de “cura”, pois falar da experiência com a doença, expor os sentimentos, apresentar-se como vítima seria parte constitutiva do processo terapêutico. Não por acaso são vários os espaços em que o paciente é instado a falar sobre sua condição, como grupos de apoio diversos a pacientes e familiares, entendidos como parte importante do tratamento.

Cabe ressaltar que este movimento não se configura uma experiência isolada. Outros trabalhos revelam algo semelhante, tanto em relação ao câncer, como aponta o livro de Seale sobre a recorrente representação midiática que caracteriza, como heróis ordinários, indivíduos que vivem com esta doença<sup>22</sup>; ou, ainda, trabalhos referentes a eventos de outra natureza. Esse é o caso da experiência dos sobreviventes do Holocausto, em que narrativas sobre a guerra resignificaram o sofrimento como algo engrandecedor, dignificante, e as práticas de exposição de si constituíram rituais de transformação identitária, em que se dava a reversão de uma condição moral negativa, caracterizando-se como uma experiência “terapêutica”<sup>23</sup>. O trecho de Peter Novick auxilia na compreensão desse processo:

“Houve uma mudança na atitude em relação à condição de vítima, de um status de ser universalmente evitado e desprezado, para um de ser frequentemente acolhido. No nível individual, o ícone cultural do herói forte e silencioso é substituído pelo anti-herói vulnerável e loquaz. O estoicismo é substituído pela sensibilidade como valor primeiro. Ao invés de sofrer em silêncio, permite-se que se exponha. Alega-se que dar voz à dor e à raiva é “fortalecedor”, assim como terapêutico”.<sup>24</sup> (p. 8)



É neste contexto que se pode compreender a eclosão de testemunhos de câncer, mas, também, de outras experiências de sofrimento no espaço público. Observa-se a interpelação para que as dores sejam visibilizadas, na crença de que a exposição trará a catarse, e, com ela, a cura. O silêncio é desencorajado. O caso ora abordado constitui, portanto, a experiência singular de uma enfermidade, marcada por sua história e especificidades, mas, ao mesmo tempo, reflete importantes transformações na sensibilidade contemporânea.

### Colaboradores

Kátia Lerner foi responsável pelo trabalho de campo, a concepção e redação do texto e os ajustes para a versão final. Paulo Vaz colaborou na concepção e redação do texto e participou ativamente da discussão dos resultados.

### Referências

1. Teixeira LA, Porto MA, Noronha CP. O câncer no Brasil: passado e presente. Rio de Janeiro: Outras Letras; 2012.
2. Bertolli Filho C. Representações sociais do câncer e dos cancerosos em São Paulo: 1900-1950. *Salusvita*. 2002; 21(2):83-116.
3. Sontag S. A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
4. Aureliano WA. Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB) [dissertação]. Campina Grande (PB): Universidade Federal de Campina Grande; 2006.
5. Eisenberg L. Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness. *Cult Med Psychiatr*. 1977; 1(1):9-23.
6. Victora C. Sofrimento social e a corporificação do mundo: contribuições a partir da Antropologia. *RECIIS Rev Eletr Com Inf Inov Saude*. 2011; 5(4):3-13.
7. Foucault M. A arqueologia do saber. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
8. Herzlich C, Pierret J. *Illness and self in society*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1987.
9. Ferraz LMR. Doença, uma noção (também) jornalística. Estudo cartográfico do noticiário de capa do semanário de informação *Veja* (1968-2014) [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz; 2015.
10. Clark LGO. O câncer nas capas da *Veja*: embasamento científico das reportagens (1973-2011) [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2013.
11. Aronowitz R. *Unnatural history: breast cancer and American society*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.



12. Pollak M. L'expérience concentrationnaire: essai sur le maintien de l'identité sociale. Paris: Métailié; 1990.
13. Catella L. Apresentação. In: Pollak M, organizador. Memória, olvido y silencio. La Plata: Ediciones al Margen; 2006. p. 9-15.
14. Fassin D, Rechtman R. The empire of trauma: an inquiry into the condition of victimhood. Princeton: Princeton University Press; 2007.
15. Maccannell D. Staged authenticity. In: Maccannell D. The tourist: a new theory of the leisure class. New York: Schocken Books; 1976. p. 91-108.
16. Pollak M. Memória, esquecimento e silêncio. Estud Hist. 1989; 2(3):3-15.
17. Bury M. Chronic illness as biographic disruption. Soc Health Illness. 1982; 4(2):167-82.
18. Rosenberg CE. Our present complain. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 2007.
19. Conrad P. Medicalization and social control. Annu Rev Soc. 1992; 18:209-32.
20. Arendt H. Sobre a revolução. São Paulo: Companhia das Letras; 2011.
21. Boltanski L. Distant suffering: morality, media and politics. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
22. Seale C. Media and health. London: Sage Publications; 2002.
23. Lerner K. Memórias da dor: coleções e narrativas sobre o Holocausto. Brasília: IBRAM; 2013.
24. Novick P. The Holocaust in American life. Boston: First Mariner Books; 2000.

Lerner K, Vaz P. "Mi historia de superación": sufrimiento, testimonio y prácticas terapéuticas en las narraciones de cáncer. Interface (Botucatu). 2017; 21(61):153-63.

Este trabajo trató de investigar las formas de comunicación del sufrimiento vinculado al cáncer a partir de un estudio cualitativo de narraciones de individuos que viven con la enfermedad. El objetivo fue problematizar contenidos, estrategias enunciativas y escenas discursivas de estos testimonios, buscando comprender las nociones de enfermedad, sufrimiento y persona. Se observó que la publicación de esas narrativas estaba vinculada a las reconfiguraciones de los procesos de salud y enfermedad en la contemporaneidad, marcados por la categoría de persona enferma y por la lógica del riesgo. Se vinculaba también a las representaciones sociales del cáncer, en donde la memoria de la letalidad y el aumento de la incidencia lo convertía en una experiencia amenazadora pero también más familiar. Sus condiciones de comunicación se vinculaban también a la emergencia del sufrimiento como experiencia socialmente valorizada. Esos relatos revelan la fuerza de las narraciones biográficas en el contexto contemporáneo, marcado por el individualismo, en donde la exposición de la intimidad se entiende como acto terapéutico.

*Palabras clave:* Sufrimiento. Enfermedad. Cáncer. Relatos biográficos.

Submetido em 18/11/15. Aprovado em 30/05/16.



# Portfólio Reflexivo:

subsídios filosóficos para uma *práxis* narrativa no ensino médico

Bruno Pereira Stelet<sup>(a)</sup>  
 Valéria Ferreira Romano<sup>(b)</sup>  
 Ana Paula Borges Carrijo<sup>(c)</sup>  
 Jorge Esteves Teixeira Junior<sup>(d)</sup>

Stelet BP, Romano VF, Carrijo APB, Teixeira Junior JE. Reflective Portfolio: philosophical contributions to a narrative *praxis* in medical education. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(60):165-76.

The Reflective Portfolio has been used as an evaluation tool to stimulate critical and reflective thinking and create conditions for the exercise of an ethical sense in medical education. This essay aims to analyze the Reflective Portfolio as a pedagogical device for the exercise of narrative in medicine. By producing a theoretical analysis about the portfolio, we have built an epistemological dialogue between Public Health, Education and Philosophy, in order to provide elements to think about the exercise of fundamental relational technologies for health care. Hannah Arendt's Philosophy potentiates this study, addressing the narrative action in a political perspective. Teacher and student (reader and narrator) establish a dialogue through portfolios, unveiling developments to bring new pedagogical meanings to the Reflective Portfolio.

**Keywords:** Medical Education. Evaluation. Reflective portfolio. Narrative medicine.

O Portfólio Reflexivo tem sido aplicado como ferramenta de avaliação para estimular o pensamento crítico-reflexivo e gerar condições para o exercício de um senso ético na formação médica. O objetivo deste ensaio é analisar o Portfólio Reflexivo como dispositivo pedagógico para o exercício da narratividade na medicina. Ao produzir uma análise teórica acerca do portfólio, construímos um diálogo epistemológico entre Saúde Coletiva, Educação e Filosofia, no sentido de oferecer elementos para se pensar o exercício de tecnologias relacionais fundamentais para o cuidado em saúde. A Filosofia de Hannah Arendt potencializa este estudo, na medida em que aborda a ação narrativa numa perspectiva política. Professor e aluno (leitor e narrador) passam a estabelecer um diálogo por meio dos portfólios, permitindo desvelar desdobramentos para estampar novos significados pedagógicos ao Portfólio Reflexivo.

**Palavras-chave:** Educação Médica. Avaliação. Portfólio reflexivo. Narração.

<sup>(a,b,c)</sup> Faculdade de Medicina, Laboratório de Estudos em Atenção Primária em Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Av. Carlos Chagas Filho, 373, Edifício do Centro de Ciências da Saúde, Bloco K, 2º andar, sala 49, Cidade Universitária - Ilha do Fundão. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-902. stelet@ufrj.br; valromano@medicina.ufrj.br; anapaulacarrijo@ufrj.br

<sup>(d)</sup> Faculdade de Medicina, UFRJ. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. jorge.estevest@ufrj.br

## Introdução

O portfólio vem sendo apontado como uma das mais importantes contribuições para uma avaliação eficaz do ensino nos países anglo-saxões<sup>1</sup>, difundindo-se em âmbito universitário desde os anos 1990, onde tem sido utilizado para qualificar avaliações tanto formativas como somativas. No Brasil, com o avanço nas discussões sobre Educação Médica e a construção de currículos com base em metodologias ativas de ensino-aprendizagem, a avaliação formativa e os portfólios vêm ganhando espaço e contribuindo para o acompanhamento do progresso individual de estudantes, ainda que de maneira pouco institucionalizada<sup>2</sup>.

Apesar do estímulo à formação **crítica e reflexiva** reafirmada nas novas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Medicina (DCN)<sup>3</sup>, Schraiber<sup>4</sup> ressalta, ao menos, três aspectos indicativos de uma “crise da medicina”:

- . a ruptura das interações em diversos planos – entre o médico e o paciente, entre o médico e outros profissionais e entre o médico e seu saber – sendo este último responsável pela perda da reflexividade, ou seja, anulação da habilidade e disposição ética de refletir sobre sua própria ação na aplicação do saber científico-tecnológico diante de cada caso/contexto;
- . a crise dos vínculos de confiança entre médicos, pacientes e outros profissionais – e, ainda, a perda da confiança em si mesmo como médico –, gerando uma inabilidade em refletir criticamente (julgar e tomar decisões clínicas) sobre situações pouco previstas ou não protocoladas, as quais, até então, baseavam-se, em grande parte, no caráter pragmático de sua intervenção;
- . com a perda da dimensão pragmática de sua prática, na busca da redução das incertezas e em prol de certa segurança que as ciências dão quanto aos conhecimentos produzidos, ocorre a reificação dos meios tecnológicos pertencentes à prática técnica, em que, de meios, os recursos tecnológicos transformaram-se em fins em si mesmos.

Certamente, a cultura médica reflete a cultura de seu tempo, manifesta em valores, crenças e comportamentos que compõem um poderoso molde de construção de subjetividade da qual os estudantes saem médicos<sup>5</sup>. O desenvolvimento científico e biotecnológico apresenta-se à sociedade contemporânea, exigindo uma contrapartida ética que, no campo da saúde, pressupõe refletir amplamente sobre o direito à saúde – nos âmbitos da assistência, do ensino e da formulação de políticas. Para Schraiber<sup>4</sup>, o tecnicismo se materializa na valorização excessiva dos recursos tecnológicos em detrimento de outras dimensões que constituem os encontros entre os sujeitos.

Pessoti<sup>6</sup> afirma que o aluno desenvolve valores a partir de suas experiências; portanto, o principal papel da escola médica seria propiciar tais experiências por meio de textos, teorias e atividades práticas que apreendessem o sofrimento concreto da vida dos pacientes.

Estágios, internato e programas de residência constituem *loci* privilegiados da interseção ensino-trabalho. É neste ambiente estimulante do ponto de vista da formação que se deve privilegiar o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores – presumindo que tais atitudes sejam condizentes com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com valores desejáveis para a atuação no campo da saúde, tais como: solidariedade, empatia, imaginação, criatividade e reflexão crítica<sup>7</sup>.

Ao optar por uma análise sociofilosófica acerca do Portfólio Reflexivo, foi necessário construir nexos teóricos entre os campos da Saúde Coletiva, da Filosofia e do Ensino em Saúde. Propomos estabelecer um diálogo epistemológico<sup>8</sup> de natureza interdisciplinar, no sentido de oferecer elementos coerentes para a inclusão de aportes filosóficos ao (re)pensar o exercício das tecnologias leves (habilidades comunicacionais/relacionais, empatia, afetividade, valores, construção de vínculos...) tão fundamentais na medicina. A Filosofia Política de Hannah Arendt potencializa este estudo, na medida em que a autora aborda a ação narrativa numa dimensão política.

## Metodologias avaliativas no ensino médico

Para estar em concordância com a formação médica voltada para o cuidado integral, o sistema de avaliação deve valorizar o aperfeiçoamento contínuo de habilidades e atitudes na mesma proporção que a aquisição de conhecimentos. Para seguir as orientações das DCN, é preciso assumir que as competências envolvidas na prática da medicina constituem habilidades complexas<sup>9</sup>.

Entretanto, um documento publicado pela ABEM<sup>10</sup> – resultado de dois fóruns nos anos de 2007 e 2008, envolvendo dezenas de docentes, discentes e profissionais da gestão de cursos de medicina de diferentes instituições do país – afirma que

o cenário atual da educação médica brasileira, ainda que heterogêneo, permite caracterizar o predomínio de uma cultura avaliativa relativamente pobre, que privilegia os aspectos somativos, e pouco considera o impacto educacional da avaliação sobre os estudantes e as instituições. Em especial, raramente são abordadas as características pessoais dos estudantes, bem como seu progresso no domínio de habilidades, competências e atitudes favoráveis à prática da profissão.<sup>10</sup> (p. 30)

Esse mesmo documento orienta que a avaliação do estudante seja abrangente e incida sobre toda a variedade de atributos que compõem sua formação pessoal e profissional. Devem ser priorizadas, na avaliação, as dimensões que compõem as competências, ou seja, habilidades cognitivas, psicomotoras e afetivas, bem como aspectos da clínica, do gerenciamento e da tomada de decisão. Para tanto, uma avaliação autêntica deve pressupor a produção de um impacto educacional, não bastando que o método tenha bons índices de validade, confiabilidade e reprodutibilidade, mas produza reflexão sobre a prática e permita que educador e educando deem visibilidade às fragilidades e potencialidades traçando um caminho pedagógico a ser percorrido na relação de ensino-aprendizagem.

Deve-se, portanto, apostar em metodologias de avaliação que sejam formativas e somativas<sup>11</sup>. A principal maneira de concretizar a avaliação formativa é garantindo um *feedback* (ou devolutiva) efetivo sobre a prática e permitir que o educando revise o cenário de dificuldades encontradas na direção de aperfeiçoar sua performance.

Já a avaliação somativa ocorre tipicamente no final do curso, sendo utilizada para verificar se os objetivos foram atingidos para fins de certificação. O papel da avaliação somativa é medir, enquanto a avaliação formativa está comprometida com o aprendizado significativo. Destaca-se que um mesmo método de avaliação pode ser usado como formativo ou somativo, dependendo do enfoque a ser priorizado.

Tradicionalmente, os sistemas de avaliação educacionais acompanham modelos pedagógicos conteudistas, focando na aquisição de conhecimentos compartimentalizados em disciplinas e descontextualizados das práticas. Em muitas escolas médicas, testes de conhecimento formam o pilar da avaliação dos processos formativos. Menezes<sup>12</sup> identificou características frequentes dos processos de avaliação: não são planejados junto com o currículo; não se conhece a psicometria dos testes; são centrados no professor; limitam-se ao domínio cognitivo; utilizam um instrumento único para avaliar diferentes competências; e seus resultados não são analisados e interpretados no contexto do processo educacional.

Com o avanço das tendências colocadas em patamar de visibilidade, é reafirmada a necessidade de mudanças metodológicas e conceituais nos sistemas de avaliação<sup>12,13</sup>. Considerar experiências anteriores de saberes dos educandos e deslocar o processo de ensino-aprendizagem da mera memorização propiciam o desenvolvimento de valores e atitudes.

Os benefícios do avanço técnico-científico garantiram legitimidade à Biomedicina<sup>14</sup>, mas, sobretudo, a partir de meados do século XX, mudanças na sociedade e nos conhecimentos na área da saúde geraram novas demandas para as quais não havia respostas. Percebeu-se que tais rupturas criaram lacunas no saber médico e insuficiências em lidar com os aspectos subjetivos referentes à saúde, ao adoecimento e ao cuidado<sup>4,15</sup>.

A inclusão de disciplinas chamadas “Humanidades Médicas” – área que aglutina saberes da filosofia, ética, psicologia, antropologia, artes, sociologia, história e política, no âmbito da medicina – foi ganhando espaço nas discussões de reformas curriculares no Brasil e no mundo, tendo como objetivo “formar médicos com competência ética e relacional, e superar o pouco produtivo antagonismo entre tecnicismo e humanismo”<sup>5</sup> (p. 1726). Apesar das resistências institucionais<sup>5,16</sup> das escolas médicas, um dos elementos apontados como mais desafiador é a necessidade de se desenvolver um sistema de avaliação da formação humanística na escola médica<sup>5</sup>.

Parece claro que, no contexto de mudanças em processo nas escolas<sup>5,11,13,16,17</sup>, ganha novo espaço nas pesquisas educacionais discutir metodologias avaliativas que extrapolem somente a verificação da aquisição de conteúdos. No entanto, o fato ainda não gera um consenso entre os especialistas<sup>10</sup>.

### **Portfólio Reflexivo como dispositivo pedagógico: avaliação formativa e formação avaliativa**

Maia<sup>18</sup> produz relevante revisão na bibliografia internacional, identificando o uso do portfólio reflexivo em diferentes contextos de formação em medicina: graduação, mestrado, especialização e residência médica, em diversas áreas, como Geriatria, Medicina de Família e Comunidade, Cirurgia, Endocrinologia, Radioterapia e Anestesiologia. Apesar de esta revisão não contemplar estudos no Brasil, nota-se um aumento de publicações<sup>2,18-21</sup>, como relatos de experiência ou estudos preliminares sobre a utilização de portfólios em cursos de medicina, especialmente nos que vêm desenvolvendo metodologias ativas de ensino-aprendizagem.

Em sua revisão sistemática, Maia<sup>18</sup> reconhece e agrupa os objetivos de usos do portfólio reflexivo em cinco categorias: a) avaliar e/ou acompanhar a aprendizagem; b) avaliar habilidades clínicas; c) avaliar e/ou documentar competências; d) possibilitar o desenvolvimento profissional continuado; e e) estimular a reflexão. Neste ensaio, nos deteremos na última categoria.

A autora constata um crescente uso do portfólio na educação médica como ferramenta que visa incentivar o aluno a refletir sobre suas experiências. Ainda assim, refere certa divergência entre os estudos em relação ao uso do portfólio para estimular a reflexão, e ressalta que tal divergência pode ser justificada pela pouca familiaridade dos médicos (educandos e educadores) com a prática reflexiva. Tal constatação reitera o que Schraiber<sup>4</sup> chama de “anulação da reflexividade” do médico, isto é, a propriedade, a competência e a disposição ética de refletir sobre sua própria atuação diante do paciente. Este parece ser um dos principais elementos da medicina contemporânea: a ruptura das interações também se dá entre o médico e seu saber, pois com a maior complexidade técnica, em razão da especialização focal e dos recursos instrumentais da intervenção, houve uma perda da dimensão pragmática de sua prática. Depositando toda confiança nos meios tecnológicos e nas evidências científicas, o médico deixa de confiar em seu saber tácito – ou a “arte de curar” – decorrente da experiência clínica pessoal e do juízo clínico.

Parece-nos fundamental restabelecer o caráter da *reflexividade* na medicina, já que “experenciar é, sobretudo, estar aberto, aceitando ativamente a criação, a invenção e a transformação”<sup>22</sup> (p. 17).

Deleuze<sup>23</sup> utiliza o conceito foucaultiano de “dispositivo” como um conjunto de elementos e meios dispostos heterogeneamente com vistas a produzir um leque específico de efeitos. Tais efeitos decorrem das relações entre os componentes do dispositivo, ao mesmo passo que a disposição, o tempo, a constituição e a ordem desses meios e elementos seria refeita no próprio processo de produção de subjetividades<sup>24</sup>. Ou seja, o conceito de “dispositivo” não lida com uma estrutura fechada, organizada, cujos elementos em jogo estão previamente dados, mas, antes, com a ordem do imprevisível e da criação: o acontecimento e a *experenciamento*.

Para Deleuze<sup>23</sup> (p. 158), os dispositivos têm por componentes “linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de ruptura, que se entrecruzam e se misturam, acabando por dar uma nas outras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento”.

Assumindo o termo *dispositivo* para caracterizar o portfólio reflexivo enquanto recurso pedagógico, desdobramos dois efeitos imediatos: o primeiro é que um *dispositivo* não se sustenta enquanto



universal. O que se opera em atravessamentos por dispositivos na filosofia foucaultiana são os singulares processos de produção de sujeitos. O segundo efeito é a possibilidade de desviar o olhar do “eterno” para a “apreensão do novo”<sup>24</sup>, o que, neste caso, seria compreender e traçar caminhos de criação, que “não cessam de fracassar, mas que também, na mesma medida, são retomados, modificados, até a ruptura do antigo dispositivo”<sup>23</sup> (p. 159).

Portanto, atribuir ao portfólio reflexivo um caráter de dispositivo pedagógico, por um lado, significa determinar e preservar o *status quo* (porque ainda se pretende uma ferramenta de avaliação), e, por outro, permite transformação (porque potencializa novos olhares – tanto do educador quanto do educando – sobre o próprio transcurso formativo).

O potencial dialógico do portfólio reflexivo é assinalado também por Batista et al.<sup>25</sup>, que consideram o processo de avaliar experiências formativas pressupondo práticas de avaliação que representem momentos de diálogo entre docentes e discentes. Sá-Chaves<sup>26</sup> refere-se ao portfólio como instrumento para aproximar educador e educando. Os portfólios precisam ser continuamente construídos no processo de ação-reflexão-ação e partilhados de forma a darem visibilidade a outros modos de interpretar os caminhos da aprendizagem pelo estudante, permitindo uma autoavaliação sobre as tomadas de decisões, definição de critérios para emitir juízos, além de espaço para dúvidas e conflitos.

Além do autoconhecimento, o portfólio reflexivo parece permitir que estudantes e residentes contem suas histórias e as mesquem com as histórias contadas pelos pacientes. Um dos objetivos de estimular narrativas por meio dos portfólios é conseguir mobilizar o educando para a responsabilidade sobre seu processo de aprendizagem, favorecendo a análise de singularidades e peculiaridades do desenvolvimento de cada um<sup>27</sup>.

### A narrativa em Hannah Arendt: subsídios filosóficos para a formação médica

Filósofa e cientista política do século XX, Arendt dedicou-se ao tema das atividades que praticamos no mundo, em especial: à *práxis* política, à ação e ao espaço público. No entanto, as perplexidades vivenciadas pela pensadora desde o Holocausto da Alemanha nazista, até o polêmico julgamento do oficial Adolf Eichmann no início da década de 1960, determinaram os rumos de seus questionamentos quanto à ação humana e as relações entre ética e política: como tais fatos se deram numa civilizada sociedade alemã com padrões morais supostamente firmes e estáveis? Como compreender que muitos “viraram-se de costas” aos fatos, tornando-se colaboradores da engenharia da “fábrica de cadáveres” nos campos de concentração? Como Eichmann, condenado de guerra, e tantos outros, serviram a tal maquinaria como dentes de engrenagem, dizendo-se inocentes e alegando, burocraticamente, “obediência a ordens superiores”?

Os atos eram monstruosos, mas o agente – ao menos aquele que estava em julgamento – era bastante comum, banal, e não demoníaco ou monstruoso. Nele não se encontrava sinal de firmes convicções ideológicas, ou de motivações especificamente más, e a única característica notória que se podia perceber tanto em seu comportamento anterior quanto durante o próprio julgamento e o sumário de culpa que o antecedeu era algo de inteiramente negativo: não era estupidéz, mas *irreflexão*.<sup>28</sup> (p. 18)

A filósofa propõe uma análise acerca da faculdade de pensar e questiona se seria possível evitar o mal com a atividade do pensamento enquanto “hábito de examinar o que quer que aconteça ou chame atenção, independente de resultados e conteúdos”<sup>28</sup> (p. 20). Arendt assume a maiêutica socrática fazendo aparecer três elementos. De início, o pensamento socrático traz consigo a capacidade de provocar perplexidade e espanto, deslocando-nos do automatismo da vida cotidiana, fazendo-nos pôr em análise padrões estabelecidos e hábitos tomados como certos. Um segundo elemento é a consciência de si, ou seja, a capacidade de pensar e reviver experiências que testemunhamos. Dessa atribuição, podemos *aparecer* para nós mesmos e, numa espécie de reflexão-alteridade, evocamos a pluralidade à tão solitária atividade que é o pensar. O pensamento abarca outros pontos de vista

dentro de nós mesmos, fazendo dissipar qualquer indício de solipsismo. Por último, a faculdade socrática de pensar afirma a primazia do diálogo, da diversidade de pontos de vista e da pluralidade na formação de nossa doxa ou opinião, ou seja, da nossa maneira singular de ver o mundo e de produzir nossa existência<sup>29</sup>.

A imagem da *pluralidade humana* apresenta-se como condição duplamente: condição para o agir político – em que as ações precisam aparecer aos outros e serem compartilhadas com os outros – e para o pensar arendtiano – em que alargar a imaginação se transforma em *pensar do ponto de vista de outra pessoa*. Aqui se salienta uma afiada crítica às virtudes valorizadas na modernidade aguçadas pelo atual estágio do capitalismo: competitividade, liberdades pautadas nas individualidades e invasão do espaço público pela privatividade.

Na formação em medicina, a discussão sobre a ética e os valores deve remeter diretamente à maior consciência das relações sociais e da dimensão política da atuação na saúde. Ou antes, à compreensão da necessidade de valorizar a responsabilidade – tanto pessoal como coletiva – exigindo um posicionamento diante do outro no exercício de sua prática.

Certamente relacionada à ética, a valorização e a construção desse compromisso são tarefas que demandam esforços multidirecionais. Um deles concerne à própria formação: como se dá, no processo de ensino-aprendizagem, a construção de valores éticos? Que dispositivos pedagógicos são utilizados para o desenvolvimento dessas virtudes?

No Brasil, a discussão sobre educação ético-moral esteve em pauta como ação do Estado autoritário ditatorial, quando as disciplinas de “Moral e Cívica” compunham, até os anos 1990, estratégias governamentais na tentativa de reforçar comportamentos. No entanto, corroborando Rego<sup>16</sup>, entendemos que o objetivo principal de se discutir a formação moral seja favorecer o desenvolvimento das faculdades humanas de pensar, julgar e decidir.

Para Arendt, é por meio do discurso narrativo que os Homens se expressam permanentemente sobre si e sobre os outros, enredando suas histórias e manifestando-se narrativamente no mundo: “a ação e o discurso são os modos pelos quais os seres humanos aparecem uns para os outros, certamente não como objetos físicos, mas *qua* homens”<sup>30</sup> (p. 220).

Como o falar e o agir só aparecem em meio a outros homens, na pluralidade do espaço público, a narrativa, como atividade política, somente se pode materializar aí, pois “nada e ninguém existe neste mundo cujo próprio ser não pressuponha um espectador”<sup>29</sup> (p. 35). Ao afirmar que o Homem, para se assegurar como humano, necessita da companhia de outros que constituem o mundo, a filósofa evidencia a dupla condição do Homem: ser singular e plural simultaneamente.

O espaço da visibilidade é onde de fato o Homem singulariza-se. Na narratividade e na ação, o sujeito revela *o que é* – seus dons, qualidades, talentos e falhas – ao mesmo tempo *exibe quem é*, sua singularidade única em meio à pluralidade humana. “Só no completo silêncio e na total passividade pode alguém ocultar quem é”<sup>30</sup> (p. 192). Contar a vida seria, em suma, o ato essencial para dar-lhe significado.

Segundo Aguiar<sup>31</sup>, o maior inspirador de Arendt na questão da “política da narrativa” é o filósofo contemporâneo Walter Benjamin. Comunicação e oralidade são centrais também no pensamento de Benjamin, que entende a narrativa como expressão da experiência e afirma ser uma forma artesanal de comunicação não interessada em “transmitir o ‘puro em-si’ da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele”<sup>32</sup> (p. 205). No entanto,

Para ele [Benjamin], a narração possui uma dimensão utilitária, sempre propõe ‘um ensinamento moral, uma sugestão prática’, ‘conselhos’ e grande maioria dos seus intérpretes entende a narrativa como voz dos marginalizados. [...] [Em Arendt,] *storytelling*, é antes de mais nada, encontrar e trazer à luz o sentido nas indeterminadas e ‘caóticas’ experiências humanas.<sup>31</sup> (p. 224)

Narrar algum fato corresponde à elaboração benjaminiana de “intercambiar experiências”, tanto que, ao trabalhar com as narrativas dos sujeitos, estamos não apenas participando de suas histórias,

mas de sua reconstrução, por meio da profusão de significados, em função do seu não acabamento essencial<sup>33</sup>.

Na leitura de portfólios reflexivos, o educando-narrador precisa ser entendido como um sujeito que busca, no "ato de contar", as situações que, muitas vezes, queria ter tido ou que só descobriu depois. Com esta elucidação, demarca-se que uma narrativa não é necessariamente a verdade tal como aconteceu, mas uma interpretação da pessoa, que também será por nós interpretada: a verdade deve ser captada sempre como início do pensamento, como condição da possibilidade de refletir; e não como um resultado em si mesma.

A abordagem narrativa, que é substrato dos portfólios, compartilha alguns dos princípios das metodologias avaliativas de aprendizagem, mas cria rupturas, como o fato de que a experiência vivida não é algo a ser mensurado, mas criado no próprio processo<sup>33</sup>, em especial, nos diálogos entre educador e educando durante os *feedbacks*. Estes são momentos privilegiados para devolutivas sobre o portfólio e ajustes no percurso formativo, visando promover uma qualificação mais refinada do processo pedagógico. Podem constituir elementos do *feedback*: ressaltar aspectos (positivos e negativos) sobre conhecimentos, habilidades e atitudes; discutir as narrativas contidas no Portfólio Reflexivo; e estimular o retorno a objetivos educacionais ainda não alcançados, reformulando o plano pedagógico.

Ao assumir uma perspectiva narrativa para o processo educativo, prestamos visibilidade à experiência enquanto substância própria do *pensamento*. Arendt<sup>28</sup> nos ajuda a sustentar tal prerrogativa anunciando a "distinção que Kant faz entre *Vernunft* e *Verstand*, 'razão' e 'intelecto'" (p. 28). A autora apropria-se da construção kantiana entre a razão que pensa e o intelecto que conhece.

Assim, a distinção entre as duas faculdades, razão e intelecto, coincide com a distinção entre as duas atividades espirituais completamente diferentes: pensar e conhecer; e dois interesses inteiramente distintos: o significado, no primeiro caso, e a cognição no segundo.<sup>28</sup> (p. 29)

Para Arendt, o *pensamento* não provê uma conclusão sólida, mas diz respeito ao *significado* daquilo que nos ocorre. Ou seja, o pensar emerge do imprevisto de experiências vivas e a elas parece permanecer ligado. O pensamento, enraizado na particularidade e na contingência da experiência, é um modo fundamental da abertura do espírito ao mundo.

Nesse aspecto, o Portfólio Reflexivo amplia o olhar sobre o processo formativo para além da aquisição de conhecimentos, pois as narrativas reativam o pensamento sobre as experiências do educando acerca de suas relações com o conhecimento científico, suas interações com o outro (paciente, equipe de saúde, tutor) e consigo mesmo. Quando o educador (preceptor, tutor, supervisor ou professor) estabelece uma relação com os educandos, estimulando a autonomia e a responsabilidade sobre seu próprio aprendizado, ilustra o tipo de relação que se espera que desenvolvam com os usuários.

### Competência narrativa como elemento do cuidado em saúde

O emergente debate da Medicina Narrativa, dentro do campo das Humanidades Médicas, tem colocado em relevância a necessidade de maior porosidade da prática clínica a contribuições de outras áreas do saber como Filosofia, Literatura, Comunicação, Sociologia, entre outros<sup>34</sup>. Contudo, isso não implica uma recusa ao paradigma da Biomedicina.

Diversos autores<sup>35-38</sup> explicitam a Medicina Narrativa como uma prática e uma disposição intelectual que permite aos médicos perceberem para além dos mecanismos biológicos. Busca-se somar à leitura de sinais do corpo uma decodificação das narrativas e outros indícios verbais e não verbais dos pacientes, e uma consciência dos aspectos éticos e contextuais envolvidos. Tal habilidade requer uma abertura não apenas cognitiva, mas, também, da esfera dos valores na experiência do encontro clínico. Nesse sentido, é fundamental amplificar os elementos do universo interpretativo do clínico para ser capaz de reconhecer os contextos narrativos onde falas, significados e demandas dos pacientes sejam compreendidos de maneira a transcender a lógica biomédica, e que as histórias das pessoas sejam concebidas para além da engessada anamnese.

Charon<sup>39</sup> atenta para a necessidade de uma competência narrativa dos profissionais de saúde: extrapolando o debate do ambiente da consulta, evoca um repertório interpretativo no cuidado em saúde, não apenas em benefício de uma maior compreensão das narrativas de pacientes – por promover uma maior complexidade na percepção e entendimento sobre as singularidades de cada caso – mas, também, por possibilitar que profissionais de saúde abram um canal de reflexão sobre o autoconhecimento, a ponto de exporem suas concepções de mundo e colocá-las como um *diálogo imaginário* consigo mesmo e com o ponto de vista dos outros.

A faculdade da imaginação desempenha importante papel na teoria política de Arendt, pois é condição de possibilidade das duas principais atividades do espírito nela envolvidas: a atividade de pensar e a própria atividade de julgar e tomar decisões. Enquanto capacidade de tornar presente o que está ausente, transforma o objeto numa “sensação” a ser interiorizada, de modo que possamos nos afetar por ele na sua ausência, como se fosse uma sensação recebida de um sentido não objetivo. Em outras palavras, quando representamos alguma coisa que está ausente, a imaginação prepara os objetos para a operação do pensamento reflexivo. Para Arendt, a imaginação “presentifica” o que está ausente, pois, ao fazer articular memória e experiência no mundo, possibilita um “alargamento do pensar”.

A narrativa, em certa medida, evidencia o exercício de reconhecimento do *Outro* em sua singularidade, por meio do pensamento e da imaginação. A percepção do sofrimento do *Outro* é um elemento capaz de mobilizar essa imaginação. Ainda que entendamos o cuidado sendo estabelecido essencialmente por meio da interação entre os sujeitos, não é possível, objetivamente, colocar-se no lugar do *Outro*, mas é imprescindível ser capaz de tomá-lo em consideração e valorizar sua perspectiva sobre o próprio sofrimento. Ao considerar o *Outro* em sua imaginação, o espírito humano se abre à alteridade, numa maneira de “pensar alargado”. Nesse sentido, as narrativas permitem troca de papéis: o médico-espectador das histórias do paciente-narrador torna-se, agora, o que conta a história do outro (e sua relação com ela).

O pensamento alargado não deve ser confundido com “empatia alargada”, alerta Arendt. Pensar criticamente não significa criar uma empatia alargada que poderia levar a querer “saber o que se passa na cabeça dos outros”<sup>28</sup> (p. 513). Pensar criticamente não é simplesmente aceitar aquilo que se passa no espírito do outro, pois “isso nada mais seria que aceitar passivamente seus pensamentos, ou seja, trocar os preconceitos próprios à minha posição pelos preconceitos deles”<sup>28</sup> (p. 513). O pensamento alargado requer a suspensão dos nossos interesses privados, aquilo que limita a nossa faculdade de pensar e tomar decisões na perspectiva da pluralidade do mundo. Assim, não se trata de aceitar passivamente a perspectiva do outro, mas de transitar entre os diversos pontos de vista, conferindo, ao pensar, um sentimento público:

[Quanto] maior a região em que o indivíduo esclarecido é capaz de mover-se, de ponto de vista a ponto de vista, mais geral será o seu pensamento... Essa generalidade, entretanto, não é generalidade do conceito – do conceito ‘casa’ no qual podemos, então, subsumir, todas as edificações concretas. Está, ao contrário, intimamente ligado aos particulares, com as condições particulares dos pontos de vista pelos quais devemos passar para que cheguemos a nosso ‘próprio ponto de vista geral’.<sup>28</sup> (p. 514)

Nesse sentido, as narrativas que compõem o Portfólio Reflexivo devem ser antecedidas por uma *experiência existencial*, seja vivida pelo próprio sujeito que conta a história, ou pela experiência de ouvir histórias dos outros. O narrador não faz apenas uso das suas experiências, mas também das experiências alheias pelo ouvir. Isso pressupõe *per se* uma abertura ao diálogo. O pensar narrativo operado nos portfólios reflexivos é crítico porque enseja a troca de experiências: o *narrador-estudante* transforma em história a experiência com pacientes, famílias e com o próprio contexto do território onde atua; o diálogo (por vezes, imaginário) que se estabelece com essas histórias se concretiza quando o *professor-leitor* percorre essas trajetórias e ressignifica tais experiências, fazendo uso do

dispositivo pedagógico para ler nas entrelinhas. Ora narrativas emocionadas com vistas a sensibilizar o leitor; ora narrativas formais, com vistas a enquadrar-se em um texto científico; ora narrativas hesitantes, mostrando dificuldades de manejo de casos complexos; ora narrativas impessoais, tentativas distanciadas que salientam o receio de expor-se ou ressaltam a falaciosa proteção do não envolvimento com o paciente...

O papel da narratividade como fruto de uma síntese de discursos políticos e morais criados pelas pessoas para (se) entenderem e julgarem as circunstâncias e situações em que vivem, fornece, assim, possibilidades de criar percepções, pensamentos e julgamentos no curso da vida. Construir narrativas junto aos pacientes, sobre suas histórias, ou experiências de adoecimento, pode representar uma forma poderosa de expressão do sofrimento e a possibilidade de “ampliar a prática clínica, de modo que esta possa ser capaz de transcender aos limites impostos pela abordagem exclusivamente do adoecimento”<sup>37</sup> (p. 49).

## Considerações finais

A questão central que norteou este ensaio relaciona-se diretamente à dimensão da produção de subjetividades no processo educativo: de que maneira podemos colaborar para o processo de ensino-aprendizagem acerca do cuidado em saúde? Ou ainda, como extrapolar o ensino médico para além da aquisição de conhecimentos e de técnicas? Como pensar metodologias pedagógicas para o desenvolvimento de valores?

Neste ensaio, tais perguntas nos impeliram ao exercício de fazer *percutir* Saúde Coletiva, Educação e Filosofia. Referenciamos aqui ao pensamento de Deleuze<sup>40</sup>, pois partimos da compreensão de que diferentes “disciplinas” – assim como as artes, a filosofia e a ciência – estabelecem relações de efeitos, “percutem uma na outra”<sup>40</sup> (p. 156), produzem ressonâncias mútuas que interferem entre si. Interferir não significa trocar, compartilhar, vigiar ou refletir reciprocamente. Antes, interferir seria interceder: “A criação são os intercessores”<sup>40</sup> (p. 156). Apesar de Deleuze não ter desenvolvido explicitamente o conceito de *intercessor*, a ideia atravessa sua obra e aponta indícios para a conceituação do termo. O autor enuncia que os conceitos são movimentos constituídos a partir de encontros, experiências ou problemas que instigam o pensamento a ser pensado. Os intercessores consistiriam, então, em agenciadores do pensamento.

Partindo de contribuições da Filosofia, em especial dos constructos de Hannah Arendt, em diálogo epistemológico com os campos da Saúde Coletiva e da Educação, fazendo-os *interceder* um ao outro, pudemos traçar nexos conceituais para defender o Portfólio Reflexivo como dispositivo pedagógico para a formação de uma certa narratividade para a prática médica.

As leituras de narrativas em portfólios, seguidas de *feedbacks* aos educandos, desvelam processos educativos profícuos do ponto de vista da comunicação clínica, do desenvolvimento de um senso ético e do cuidado integral em saúde<sup>35-39,41</sup>. Os *feedbacks* devem ser momentos pedagógicos privilegiados, por possibilitarem conferir comunicabilidade às narrativas construídas. Recorremos a Paulo Freire, quando corrobora que todo processo educativo tenha como fundamento o diálogo: “A educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados”<sup>42</sup> (p. 69).

Nesse sentido, para a formação médica, especificamente – e para o ensino em saúde, em geral – apontamos como importante contribuição a utilização do Portfólio Reflexivo e a potencialidade ético-política que o constitui em dispositivo pedagógico: a composição de narrativas pressupondo a experiência de encontro com o *Outro* afirmam uma formação para o cuidado em saúde em suas dimensões éticas, juntamente com as dimensões cognitivas e comunicacionais; assim como a produção de conhecimento por meio desse encontro e a possibilidade de “alargar” o pensamento de modo a caber o outro nas tomadas de decisão.



### Colaboradores

Bruno Pereira Stelet elaborou o desenho do trabalho e delimitou o objeto do estudo. Bruno Pereira Stelet, Valéria Ferreira Romano, Ana Paula Borges Carrijo e Jorge Esteves Teixeira Junior participaram ativamente das discussões dos resultados, da revisão e aprovação da versão do trabalho final.

### Referências

1. Centra JA. The use of the teaching portfolio and student evaluation for summative evaluation. *J High Educ.* 1994; 65(5):555-70.
2. Gomes AP, Arcuri MB, Cristel EC, Ribeiro RM, Souza LMBM, Siqueira-Batista R. Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(3):390-6.
3. Resolução CNE/CES 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.* 23 Jun 2014.
4. Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. São Paulo: Hucitec; 2008.
5. Rios IC. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15 Supl 1:1725-32.
6. Pessoti I. A formação humanística do médico. *Medicina (Ribeirão Preto).* 1996; 29(4):440-8.
7. Stelet BP. Sobre repercussões de atividades extensionistas na construção de valores e virtudes durante a formação em Medicina [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2013.
8. Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco; 2007. p. 15-28.
9. Troncon LEA. Avaliação do estudante de Medicina. *Medicina (Ribeirão Preto)* [Internet]. 1996 [acesso 14 Jan 2016]; (29):429-39. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/786>
10. Zeferino AMB, Troncon LEA, Hamamoto Filho PT, Comes GT, Coelho S, Growchesc R. Avaliação do estudante de Medicina. *Cad ABEM.* 2009; 5(0):30-3.
11. Tibério IFLC, Daud-Gallotti RM, Troncon LEA, Martins MA. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012.
12. Menezes FA. A avaliação dos estudantes: entre a indução da aprendizagem e a avaliação das intervenções educacionais. *Cad ABEM.* 2009; 5(0):34-41.
13. Zanolli M. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na área clínica. In: Marins JJN, Rego S, Lampert JB, Araújo JGC, organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p. 40-61.
14. Luz MT. Natural, racional e social: razão médica e racionalidade científica moderna. Rio de Janeiro: Campus; 1988.
15. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco; 2009.
16. Rego S. A formação ética dos médicos: saindo da adolescência com a vida (dos outros) nas mãos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.



17. Depresbiteris L, Tavares MR. Diversificar é preciso... Instrumentos e técnicas de avaliação de aprendizagem. São Paulo: Senac São Paulo; 2009.
18. Maia MV. O portfólio reflexivo eletrônico na educação médica: uma análise da experiência do internato eletivo em Anestesiologia com base na Teoria da Aprendizagem Significativa [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde; 2013.
19. Marin MJS, Moreno TB, Moravcik MY, Higa EFR, Druzian S, Francischetti I, et al. O uso do portfólio reflexivo no curso de medicina: percepção dos estudantes. *Rev Bras Educ Med.* 2010; 34(2):191-8.
20. Prearo AY, Monti FMF, Barragan E. É possível desenvolver a autorreflexão no estudante de primeiro ano que atua na comunidade? Um estudo preliminar. *Rev Bras Educ Med.* 2012; 36(1):24-31.
21. Medeiros NS, Santos TR, Trindade EMV, Almeida KJQ. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Rev Bras Educ Med.* 2013; 37(4):515-25.
22. 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: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco; 2005.
23. Deleuze G. Foucault. São Paulo: Brasiliense; 1991.
24. Silva FH, Barros MEB. Integralidade nas práticas do cuidado em saúde: produção de dispositivos. In: Pinheiro R, Silva Junior AG, organizadores. *Por uma sociedade cuidadora.* Rio de Janeiro: Cepesc, IMS/UERJ, Abrasco; 2010. p. 383-92.
25. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. *Rev Saude Publica.* 2005; 39(2):231-7.
26. Sá-Chaves I, organizadora. *Os "Portfolios" Reflexivos (também) trazem gente dentro.* Porto: Porto Editora; 2005.
27. Anastasiou LGC, Alves LP, organizadores. *Processos de ensinagem na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula.* 5a ed. Joinville: Univille; 2006.
28. Arendt H. *A vida do espírito.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.
29. Assy B. Vida insustentável e reconciliação da narrativa – espaço público como natalidade metafórica em Hannah Arendt. *Rev Fac Direito UFPR.* 2008; 47(0):81-9.
30. Arendt H. *A condição humana.* Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2010.
31. Aguiar OA. Pensamento e narração em Hannah Arendt. In: Moraes EJ, Bignotto N, organizadores. *Hannah Arendt: diálogos, reflexões, memórias.* Belo Horizonte: Ed. UFMG; 2001. p. 215-26.
32. Benjamin W. O Narrador. In: Benjamin W, organizador. *Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura.* 7a ed. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 197-221 (Obras escolhidas; 1).
33. Rabelo AO. A importância da investigação narrativa na educação. *Educ Soc.* 2011; 32(114):171-88.
34. Fernandes I. Leituras holísticas: de Tchekhov à Medicina Narrativa. *Interface (Botucatu).* 2015; 19(52):71-82.
35. Hurwitz B, Greenhalgh T. *Narrative-based medicine: dialogue and discourse in clinical practice.* London: BMJ Books; 1998.

36. Hurwitz B. Narrative (in) medicine. In: Spinozzi P, Hurwitz B, editors. Discourses and narrations in the biosciences. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Unipress; 2011. p. 73-87.
37. Favoreto CAO. A narrativa na e sobre a clínica na Atenção Primária: uma reflexão sobre o modo de pensar e agir dirigido pelo diálogo, à integralidade e ao cuidado em saúde [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2007.
38. Favoreto CAO, Camargo Junior KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. Interface (Botucatu). 2011; 15(37):473-83.
39. Charon R. Narrative medicine: honoring the stories of illness. Oxford: Oxford University Press; 2006.
40. Deleuze G. Conversações. Pelbart PP, tradutor. São Paulo: Ed. 34; 1992.
41. Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. Rev Bras Educ Med. 2006; 30(1):6-14.
42. Freire P. Extensão ou Comunicação? 10a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1992.

Stelet BP, Romano VF, Carrijo APB, Teixeira Junior JE. Portafolio Reflexivo: subsidios filosóficos para una *práxis* narrativa en la enseñanza médica. Interface (Botucatu). 2017; 21(60):165-76.

El Portafolio Reflexivo se aplica como una herramienta de evaluación para incentivar el pensamiento crítico-reflexivo y generar condiciones para el ejercicio de un sentido ético en la formación médica. El objetivo de este ensayo es analizar el Portafolio Reflexivo como un dispositivo pedagógico para el ejercicio de la narrativa en la medicina. Al producir un análisis teórico sobre el portafolio, construimos un diálogo epistemológico entre Salud Colectiva, Educación y Filosofía, en el sentido de ofrecer elementos para pensar el ejercicio de tecnologías relacionales para el cuidado en la salud. La filosofía de Hannah Arendt potencia este estudio, en la medida en que aborda la acción narrativa bajo una perspectiva política. Profesor y alumno (lector y narrador) comienzan a establecer un diálogo por medio de los portafolios, permitiendo que surjan nuevos desdoblamientos para proporcionar significados pedagógicos al Portafolio Reflexivo.

*Palabras clave:* Educación Médica. Evaluación. Portafolio Reflexivo. Medicina narrativa.

Submetido em 11/01/16. Aprovado em 28/04/16.

# Apostas de mudança na educação médica:

## trajetórias de uma escola de medicina

Tiago José Silveira Teófilo<sup>(a)</sup>  
Nereida Lúcia Palko dos Santos<sup>(b)</sup>  
Rossana Staevie Baduy<sup>(c)</sup>

Teófilo TJS, Santos NLP, Baduy RS. Betting on change in medical education: trajectories of a medical school. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):177-88.

The study aimed to investigate teaching-learning practices, institutional arrangements, and the participation of different actors on the undergraduate course in medicine in the city of Sobral in the Brazilian State of Ceará (CE). It is a qualitative descriptive study collecting data from individuals and group interviews. The study participants were coordinators, faculty and students of a public medical school. Discourse analysis was the technique used for analysis of the empirical material. The results indicated three aspects in which the medical school placed its bets in order to change: curriculum in modules as a pedagogical innovation, the problem-based learning strategy, and the Family Health Strategy as a central axis for the educational change. It was concluded that the discourses place the pedagogical techniques *per se* as the center of the debate. Primary health care appears as the space par excellence for embracement and co-responsibility in the production of care.

**Keywords:** Medicine. Medical Education Problem-Based Learning. Public Health.

O objetivo do estudo foi conhecer práticas de ensino-aprendizagem, arranjos institucionais e a participação de diferentes atores em curso de graduação em medicina na cidade de Sobral-CE. Trata-se de estudo qualitativo descritivo, que utilizou-se da entrevista individual e em grupo para coleta de dados. Foram participantes do estudo: coordenadores, discentes e docentes de uma escola pública de medicina. A análise do discurso foi a técnica de análise do material empírico. Os resultados mostraram que os discursos elencaram três apostas de mudança: currículo em módulos como inovação pedagógica, a estratégia da aprendizagem baseada em problemas, e a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante para a mudança na formação. Concluiu-se que os discursos colocam as técnicas pedagógicas em si como o centro do debate. A atenção básica à saúde aparece como espaço por excelência para o acolhimento e responsabilização na produção do cuidado.

**Palavras-chave:** Medicina. Educação Médica. Aprendizagem Baseada em Problemas. Saúde Pública.

<sup>(a)</sup> Hospital Universitário Lauro Wanderley, Universidade Federal da Paraíba. Av. Contorno das Cidades, s/n, UFPB, Campus I - Cidade Universitária. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900. tiagojosest@yahoo.com.br

<sup>(b)</sup> Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. nereida@ufrj.br

<sup>(c)</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil. robaduy@gmail.com

## Introdução

A existência de uma multiplicidade de projetos para a educação dos trabalhadores da saúde supõe tensões e disputas em torno de diferentes perspectivas para a definição dos perfis e competências profissionais. Muitos sujeitos, em diversos espaços e instituições, não apenas nas escolas, militam na construção de projetos pedagógicos com distintas apostas, ou seja, um cenário que comporta distintos projetos, em diferentes movimentos e articulações.

As produções em torno do debate da mudança na formação dos profissionais de saúde têm crescido de forma importante no Brasil, sobretudo, após impulso das políticas e programas da parceria entre os Ministérios da Saúde (MS) e Educação (MEC). Diversas experiências, financiadas ou não, têm produzido novas formas de pensar e de organizar a formação.

No que diz respeito à formação de médicos, muitas vezes com pioneirismo, as escolas de medicina têm demonstrado, nos últimos trinta anos, a capacidade de se criarem diversos projetos para desejadas mudanças. Podem-se citar algumas iniciativas, como: a parceria de escolas médicas com a Organização Mundial de Saúde no *Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences*, mais conhecida como *Network*, que visava, em 1979, promover o intercâmbio entre diversas experiências inovadoras na formação de profissionais de saúde em nível mundial; a iniciativa brasileira da Comissão Interinstitucional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), que, a partir de 1991, articulou diversas instituições médicas, desde associação de estudantes ao Conselho Federal de Medicina, produzindo legado importante no campo em debate<sup>1,2</sup>.

Além destas iniciativas, vale lembrar a atuação da Associação Brasileira da Rede Unida no Brasil, movimento social que reúne projetos, instituições e pessoas interessadas na mudança da formação dos profissionais de saúde. O objetivo da Rede é articular projetos de mudança para a formação dos profissionais de saúde com base em princípios como cidadania e participação social.

A partir do acúmulo de tais experiências, a interferência dos referidos ministérios na formulação de políticas e programas na formação de profissionais de saúde teve, como marco inicial, a criação do Programa Nacional de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), em 2001. O Programa passou por um processo de descontinuidade entre 2003 e 2005, quando se criou a Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivos distintos. Em 2005, no entanto, com nova abordagem e ampliação para outros cursos da área da saúde, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) retoma as apostas do PROMED. Entre as principais abordagens do PROMED-PROSAUDE, estão: a mudança pedagógica, a integração ciclo básico/ciclo profissional, e a diversificação de cenários do processo de ensino<sup>3,4</sup>.

Para além das inúmeras tentativas de mudança nos modelos de educação médica no Brasil, muitas dificuldades são encontradas nos processos de mudança, sobretudo em escolas mais antigas. As estratégias pedagógicas de mudança na educação médica nos últimos trinta anos mostram que, embora se acredite que, por meio de metodologias de ensino, pode-se mudar o perfil do egresso da escola médica, os resultados encontrados nas avaliações não comprovam os ganhos cognitivos esperados. Quando há evidências na diferenciação do perfil do egresso, os processos são resultado de mudanças curriculares em que se usaram outras estratégias de mudança, para além das estratégias metodológicas, como a inserção no serviço de saúde e na comunidade desde o início do curso<sup>5</sup>.

A cidade de Sobral, interior do estado do Ceará, com intensa ampliação de cobertura de atenção básica à saúde, após 1997, alcançou resultados significativos nos indicadores básicos de saúde em pouco tempo. Nos últimos quinze anos, o município tem sido destaque em políticas públicas de saúde por suas inovações reconhecidas nacionalmente, sobretudo na maneira como produz a atenção básica ancorada na Estratégia Saúde da Família. No sentido exposto, os estudos que são desenvolvidos em Sobral podem ajudar a desvelar as singularidades desse lócus de construção do SUS, trazendo à tona potencialidades e fragilidades, na medida em que possibilita certa compreensão de como têm se dado tais processos, tendo em vista a importância que a formação de médicos tem para o cuidado à saúde. Nesse ínterim, parte-se da necessidade de se compreender como tem se dado o processo de implantação de mudanças na formação de médicos em Sobral a partir de iniciativas da própria escola e de sua participação em programas da parceria MS/MEC.

Diante do exposto, o objetivo do estudo foi conhecer as práticas de ensino-aprendizagem, os arranjos institucionais e a participação de diferentes atores em curso de graduação em medicina na cidade de Sobral-CE.

## Aspectos metodológicos

Estudo qualitativo descritivo, desenvolvido no município de Sobral, localizado na zona Norte do Sertão Centro-Oeste do Ceará, polo regional de saúde, estruturado para apoiar, em assistência secundária e terciária, as regiões circunvizinhas.

A entrevista aberta, também chamada de entrevista em profundidade ou entrevista qualitativa, foi um dos instrumentos de coleta de dados utilizado com todos os sujeitos, exceto estudantes. Com estes últimos, utilizou-se a técnica de grupo focal, também denominada de entrevista grupal, método de cunho qualitativo, com o qual se podem adquirir opiniões relevantes e valores dos entrevistados<sup>6</sup>.

Foram participantes do estudo coordenadores, discentes e docentes de uma escola pública de medicina em Sobral, tendo sido selecionados segundo os critérios de inclusão: para os coordenadores, terem participado da construção das propostas enviadas aos programas do MS-MEC e terem coordenado o curso no período de 2005 a 2010; para os professores, terem exercido a docência entre 2005 a 2010 e terem participado das referidas propostas; em relação aos estudantes, foram convidados aqueles que participaram de alguma atividade desenvolvida pelos programas de incentivo a mudanças na formação dos ministérios acima, além de outros que estavam regularmente matriculados no período de 2006 a 2010.

A recusa ao consentimento livre e esclarecido caracterizou-se como critério de exclusão. Foram considerados outros critérios de exclusão: para os docentes, carga horária inferior a vinte horas semanais de trabalho, ou recém-contratados, menos de seis meses de contrato; para os coordenadores, excluíram-se os que estavam nos respectivos cargos por menos de seis meses.

A coleta de dados deu-se entre janeiro e julho de 2012. A quantidade de sujeitos entrevistados se deu por aleatoriedade e obedeceu ao princípio de saturação, o qual define, como critério de julgamento para o encerramento da amostra, a saturação teórica da categoria de análise a partir da organização do material empírico adquirido. Participaram do estudo: seis estudantes, um docente coordenador e dois docentes tutores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), e um professor do curso de Medicina da UFC *campus* Fortaleza, que aceitaram o convite, totalizando 11 sujeitos. Ao se considerar a totalidade de docentes e estudantes do curso, o número de participantes é pequeno, fato que mostra certa limitação dos estudos de abordagem qualitativa, quando são consideradas possíveis contribuições singulares dos outros sujeitos. No entanto, observou-se, nos discursos adquiridos, a presença de repetições, que mostraram saturação, além de importantes enunciações discursivas que, após leitura minuciosa, produziram boa possibilidade de análise<sup>7</sup>.

A análise do discurso foi utilizada como técnica de análise do material empírico. Os procedimentos seguidos para se proceder à análise foram: inicialmente, estudaram-se as palavras do texto, em sua estrutura enunciativa; em seguida, foram identificados núcleos de sentido, e, por fim, elaborou-se a análise, a partir dos núcleos identificados, considerando a produção social do texto como constitutiva de seu próprio sentido<sup>7</sup>.

Os resultados foram organizados a partir de categorias discursivas, aqui chamadas apostas, quais sejam: a inovação pedagógica na formação médica; a estratégia da aprendizagem baseada em problemas, e a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante para a mudança na formação dos médicos.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da Universidade Federal do Rio de Janeiro, respeitando os aspectos éticos da Resolução 466/2002 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato dos sujeitos, a identificação dos participantes será feita por numeração.

## Resultados e discussão

### Primeira aposta de mudança: currículo em módulos como inovação pedagógica

Observou-se, a partir dos discursos, que a proposta inovadora de organização curricular em módulos longitudinais e sequenciais é uma das apostas de mudança. O discurso, a seguir, valoriza este modelo, colocando-o como o principal aspecto de mudança do currículo: “Este currículo novo a grande diferença dele é que ele é modular, existem dois módulos longitudinais que percorrem durante todos os outros semestres” (Participante 1).

A discussão acerca da possibilidade de superação do modelo tradicional fragmentado de organização da estrutura curricular é bastante comum na literatura. Nos cursos da área da saúde, tal proposta tem sido referenciada como a necessidade de integração dos ciclos básico e profissionalizante (ou clínico) no percurso curricular. Este formato, que tem sido chamado de currículo integrado, trabalha na perspectiva de que as disciplinas deixem de existir autonomamente e passem a contribuir com conteúdos específicos dentro do processo de formação. Os conteúdos selecionados como essenciais para a formação do profissional são organizados de forma que haja integração por meio de alguns formatos, como: os módulos temáticos por ciclo vital, unidades por sistemas orgânicos ou por sequências de atividades em torno de conceitos-chave<sup>8,9</sup>.

No curso de Medicina em análise, o currículo desenvolve-se a partir de módulos sequenciais e longitudinais. Os primeiros estão organizados por sistemas dispostos em modulações consecutivas, nas quais várias disciplinas contribuem de forma harmônica para alcançar os objetivos propostos. São exemplos de módulos sequenciais: biologia celular e molecular, que integra genética, histologia, embriologia, bioquímica, fisiologia e farmacologia; aparelho locomotor, que integra histologia, embriologia, anatomia, fisiologia e farmacologia<sup>10</sup>.

Com os módulos longitudinais, busca-se integrar, durante toda a formação, conteúdos e práticas de duas áreas consideradas prioritárias: desenvolvimento pessoal e atenção básica em saúde, as quais se desenvolvem do primeiro ao oitavo semestre, com carga horária semanal fixa. Nesse período, busca-se integração entre as disciplinas nos semestres consecutivos e entre os módulos sequenciais. O módulo de desenvolvimento pessoal reúne assuntos relacionados aos aspectos humanísticos da medicina, englobando disciplinas como ética, psicologia e ciências sociais. Medicina social, atenção primária à saúde, diagnóstico de saúde da comunidade e atenção à saúde da criança, da mulher e do adulto são exemplos de assuntos e disciplinas que compõem o módulo de atenção básica em saúde<sup>10</sup>.

A organização curricular com vistas à integração dos conhecimentos das mais diversas especialidades é imprescindível para a orientação da formação dos trabalhadores, tendo em vista a integralidade do cuidado. No entanto, pelo discurso acima, percebe-se supervalorização desta estratégia como sendo a mais importante iniciativa curricular para o alcance das mudanças almeçadas.

A perspectiva de integração curricular por meio da superação das tradicionais disciplinas pelos módulos integrados, sem dúvida, é uma aposta bastante válida. No entanto, discute-se que as complexas questões metodológicas envolvidas na mudança das escolas são tratadas, muitas vezes, como problemas resolvidos, cujas soluções estariam no conjunto de instrumentos e tecnologias utilizados<sup>8</sup>. Portanto, há que se estimar a complexidade dos processos e dos conteúdos envolvidos na necessária mudança da educação médica.

No que diz respeito, especificamente, aos módulos sequenciais, organizados por sistemas orgânicos, a passagem da tradicional divisão do currículo em disciplinas isoladas para este formato, pode mostrar-se apenas como aperfeiçoamento do ensino das bases disciplinares da biomedicina. Parte-se da integração de esforços docentes para a produção de determinadas articulações entre conteúdos distintos de acordo com as funções biológicas do corpo. Este movimento, mesmo gerando possibilidade de aproximações, antes não proporcionadas, entre os diversos docentes, promove, por outro lado, determinado reducionismo biologista das estratégias de inovação da educação dos médicos.

A estrutura dos módulos sequenciais é sinalizada positivamente pelo discurso discente, como se vê a seguir: “[...] como tudo é em módulo a gente via tudo de sistema respiratório, por exemplo, tipo, anatomia, histologia, a gente via tudo, naquele sistema a gente passou por tudo. A gente não viu



só histologia, era tudo integrado em sistemas. Eu acho que isso, pelo menos para mim, facilitava o aprendizado” (Participante 2).

Nesse trecho, a organização da estrutura dos módulos sequenciais é discutida pelos estudantes como importante para a construção do conhecimento a partir do recorte semântico dos sistemas orgânicos. Esse recorte, portanto, parece gerar melhor satisfação no percurso de desenvolvimento cognitivo. Isso pode ocorrer por sua organização segundo lógica estruturada semanticamente a partir de classificações terminológicas e divisões do corpo humano com seus diversos órgãos e aparelhos nas suas conexões. No entanto, vale ressaltar que as disciplinas clínicas dos semestres mais avançados, a partir do terceiro ano do Curso, possuem estrutura clássica a partir das especialidades, como, por exemplo: reumatologia, dermatologia, hematologia e muitas outras.

Nesse ínterim, a superação do modelo flexneriano de organização curricular fragmentado em disciplinas é buscada, neste caso, por meio da sofisticação da organização dos conteúdos por sistemas orgânicos, como forma de superar a dicotomia clássica entre os tradicionais ciclos básico e profissionalizante. Este modelo pode ser atrelado à ideia de que a medicina desenvolve seu saber técnico por meio de uma variedade de disciplinas que formatam e organizam o saber interventor e que “desconstroem” o corpo humano em seus vários órgãos, sistemas e aparelhos. Nesse movimento, a partir da integração dos vários sistemas e aparelhos, a articulação pretendida parece dar-se apenas nos planos abstratos de um lugar inexistente, um lugar do ensino da técnica em si, não sendo possibilitada tal integração no seu conjunto de práticas assistenciais e de cuidado<sup>11</sup>.

A escola de medicina em análise vem tentando implantar estratégias curriculares de aproximação de conteúdos das ciências sociais e humanas no seu currículo. Com intuito de trabalhar os aspectos socioculturais, conectados com os campos da biomedicina, produzem, semanalmente, espaços para essa abordagem, ao mesmo tempo em que são ensinadas as tecnologias de cuidado da clínica e da epidemiologia. Os discursos a seguir versam sobre esta tentativa:

“Primeiro que esse módulo longitudinal não é um módulo longitudinal, é uma sequência de disciplinas, [...], e cada uma delas tem um nome diferente. Então não existe uma continuidade que se esperaria [...] a gente chegou a tentar fazer um desenho, mas não conseguimos muito apoio do gestor e coordenador, [...] E aí, por conta das vicissitudes, brigas de departamento e de poder, algumas coisas malucas aconteceram nesses módulos [...] Fizemos outra disciplina, então transformamos completamente, [...], que é chamada Cuidados de Final de Vida, aonde a gente discute basicamente cuidados paliativos [...]. E também a discussão sociológica, filosófica e até pessoal e ética em relação à morte [...] essas disciplinas são um pouco marginais, a menos que o coordenador seja ligado ao nosso grupo, ele não tem interesse de mexer com isso”. (Participante 3)

“[...] a gente até tentou fazer mudanças mais radicais, mas não houve consenso entre os professores da atenção básica. Por exemplo, o primeiro semestre do curso é SUS, aí vamos falar a origem do SUS, fundamentação legal, financiamento, e isso não cabe para o estudante que acabou de passar no vestibular [...]”. (Participante 1)

Alguns docentes têm buscado construir horizontalidade no processo de formação por meio de arranjos inovadores, incluindo-se, por exemplo, a temática dos cuidados no final da vida como parte dos conteúdos do módulo longitudinal, e as estratégias para melhorar o contato dos estudantes com o tema das políticas públicas de saúde e reforma sanitária. No entanto, se deparam com dificuldades diversas que denotam as relações de poder entre os diversos segmentos de professores.

Pelos discursos, a mudança do modelo das disciplinas para os módulos parece ter gerado poucos processos “potencializadores” de integração mais concretos, denotando que o modelo, embora definido oficialmente no projeto pedagógico do Curso, possui entraves na sua consolidação. A integração curricular implica mudança de poder, na qual as disciplinas e departamentos deixam de dispor livremente de seu tempo e de seus conteúdos para fazerem parte de um jogo mais amplo, em que a participação de cada um está subordinada a um plano mais geral de formação, construído com base em grandes acordos coletivos<sup>8</sup>.

Os discursos anteriormente expostos apresentam, ainda, possíveis respostas às dificuldades levantadas, com destaque para a falta de apoio, dos gestores e parte do corpo docente, para a consolidação de desenhos inovadores. As dificuldades encontradas podem estar relacionadas, também, à insuficiente intervenção concreta no processo de ensino com base no desenvolvimento coerente e efetivo das referidas propostas metodológicas, a partir de pressupostos teóricos desejados. Ao estruturar um modo de ensino dos conteúdos que escapam da medicina biotecnológica, ou seja, da formação como somação de informações puramente mecânicas e biológicas, para a área das relações de produção do cuidado e da saúde coletiva, os discursos acenam que há pouco interesse em investir nesse tipo de arranjo, e que há marginalização desse debate no interior da escola.

Essa dificuldade na consolidação das inovações curriculares é corroborada, ainda, no trecho de fala docente, quando discute que há certa dificuldade dos estudantes em relação aos conteúdos acerca do SUS e a forma como são trabalhados. Observa-se que a inclusão de conteúdos estanques acerca das políticas de saúde no início do curso não está possibilitando a articulação de suas interfaces com a medicina e a organização dos serviços de saúde, tornando-se desgastantes na formação dos estudantes do primeiro semestre.

### **Segunda aposta de mudança: estratégia da aprendizagem baseada em problemas**

Outra aposta de inovação discutida pelos sujeitos do estudo foi a estratégia da aprendizagem baseada em problemas ou PBL (problem-based learning), sigla em inglês. Na escola em análise, o PBL é uma estratégia utilizada com vistas à mudança nos modelos de ensino-aprendizagem, discutida como importante no contexto do ensino de medicina. Os próximos discursos analisam este tema:

“Conseguimos também em 1998, por dois anos, um professor visitante que veio da Itália [...]. Ele trabalhou muito PBL com a gente [...]. Capacitou os professores do S3 (semestre três) que começou com um projeto piloto e que perdura até hoje”. (Participante 4)

“É engraçado que a gente chama de inovador uma coisa que já existe desde a década de 70, essa coisa de PBL [...]. Como por exemplos nos dois módulos longitudinais, e como tem tido certo incentivo para fazer PBL [...]. Há um pouco de problemática para fazer PBL em um curso que tem outros delineamentos que não são PBL”. (Participante 3)

“[...] o PBL é um padrão que eu não conhecia, cheguei a conhecer aqui na faculdade, mas ficou restrito bem aos primeiros semestres, realmente não faz parte da grade da gente [...]”. (Participante 5)

Os discursos apresentam esta metodologia como uma tentativa de mudança na educação médica, havendo investimento na capacitação docente para a aplicação deste método. Para estudiosos<sup>12</sup> do referido método, seus propósitos no ensino de medicina são: a) a motivação para o aprendizado; b) o desenvolvimento do raciocínio clínico; c) a estruturação do conhecimento em contexto clínico; e d) o desenvolvimento de habilidades de autoaprendizado.

O PBL é um método estruturado a partir de experiências desenvolvidas em escolas, sobretudo, holandesas, canadenses e americanas, desde a década de 1960, com base filosófica no pragmatismo de John Dewey e do cognitivismo de Jerome Bruner. Os pressupostos destes pensadores geraram um movimento de teorização da chamada aprendizagem pela descoberta, que tem como princípio fundamental o confronto com problemas e a busca de sua solução. O método tem sido bastante aplicado em diversas escolas no mundo inteiro e, no Brasil, vê-se seu desenvolvimento nas várias experiências de mudança curricular nos cursos da área da saúde, sobretudo de medicina<sup>13</sup>.

Para alguns pesquisadores, pode-se ver uma relação congênita da revolução pretendida pelo PBL com o advento da medicina baseada em evidências (MBE). Supõe-se que, nos Estados Unidos, 10% das escolas médicas utilizem esse sistema. A MBE tem sido intensamente desenvolvida, por isso, as escolas têm buscado incorporar tal idealização da medicina como prática cientificamente segura

e baseada na pesquisa aceita na comunidade científica. A relação entre PBL e MBE pode ajudar a compreender como as escolas de medicina têm apostado nesse tipo de metodologia inovadora<sup>14</sup>.

O PBL pode ser uma excelente oportunidade para a aproximação dos docentes com os estudantes e para a produção pedagógica centrada nas experiências. No entanto, muitas vezes, apresenta-se como mera sofisticação metodológica do ensino da biomedicina especializada, conectada com os pressupostos da MBE, com foco apenas na doença biológica. Sua utilização desfocada da realidade dos serviços de saúde não concorre para mudanças importantes nas formas de desenvolver a aprendizagem técnica, ética e política, pois o método pode centrar-se na doença e na técnica como um fim em si mesmo. A doença permanece – mesmo no PBL, que poderia focar outros aspectos da pessoa – sendo o imperativo da existência; e o mundo de onde partem os problemas a serem resolvidos com os estudantes nos grupos de PBL, é o mesmo mundo “tecnologizado” no qual o desenvolvimento da especialização e fragmentação da biomedicina encontra solo fértil para plena ascensão.

Por fim, observa-se que o PBL também tem sido visto como importante para se produzir a pedagogia da interação: de se repensar o papel do docente no ensino, de promover diálogo entre estudantes, de produzir a busca ativa do conhecimento e de integração curricular, além da integração teoria-prática. No entanto, mesmo reconhecendo as possibilidades de transformação que o PBL pode proporcionar, os discursos apresentam dificuldades na aplicação do método no decorrer de todo o curso.

Portanto, com o PBL, não está assegurada a articulação entre as dimensões subjetivas, nem a ruptura com a concepção “biologicista” de saúde com a aplicação deste método. Além disso, como o problema a ser trabalhado no método é elaborado isoladamente pelos docentes, não se garante a articulação de saberes necessária, podendo partir do olhar disciplinar de cada um, sendo construído de forma desvinculada do contexto real do sistema de saúde<sup>8,14</sup>.

### **Terceira aposta de mudança: a Estratégia Saúde da Família como eixo estruturante para a mudança na formação dos médicos**

Os discursos apresentaram a ideia da Estratégia Saúde da Família (ESF) como principal espaço de articulação do ensino com o sistema de saúde. Na proposta curricular em questão<sup>10</sup>, a ESF, identificada no currículo como assistência básica à saúde, está presente em toda sua trajetória, do primeiro ao último ano. Pode-se observar tal relação a partir do trecho de discurso:

“[...] professores do curso de medicina que estavam vinculados ao módulo de atenção básica, que é o módulo que vai lidar com a inserção dos estudantes de medicina no sistema público de saúde, eram professores que estavam vinculados ao sistema de saúde [...] e todos os professores do módulo de atenção básica têm alguma inserção no sistema de saúde, seja na assistência ou na gestão, e isso de certa forma facilitou”. (Participante 6)

A priorização da atenção básica como sendo, não apenas, a principal porta de entrada do sistema de saúde, mas construtora da integralidade, objetivo fim do SUS no Brasil, aparece, por si só, como produtora de um modelo inovador de atenção à saúde. Essa perspectiva no interior do Curso é confirmada no discurso abaixo, que ultrapassa a inserção dos estudantes no SUS e desloca a discussão, colocando a atenção básica como centro da formação médica: “Agora existia uma coisa que assolava e angustiava bastante os primeiros alunos [...]. Eu cheguei a ouvir professores comentando que era isso mesmo, enquanto outros se revoltavam com a ideia de que o curso iria formar médicos para trabalhar na saúde da família” (Participante 3).

Os enunciados demonstram que o desejo dos gestores da escola médica, mediatizados pela necessidade de médicos para a consolidação da atenção básica como estruturante para o SUS em Sobral, levam a ideia da consolidação da ESF para dentro da Escola, apresentando-a como foco principal da formação dos novos médicos.

A intensa ampliação da ESF, a partir de 1994, parece ter gerado a necessidade de se promover a formação e educação permanente dos profissionais com base nos seus pressupostos. No Curso em

análise, a partir da aproximação de sujeitos que transitavam entre a formação, a gestão e o trabalho no espaço da ESF, houve um movimento de defesa da formação do médico como devendo ser um tipo especializado em saúde da família. No entanto, embora não houvesse concordância entre docentes e discentes no início da construção do Curso, houve tentativa de produzir a formação médica com tal perfil<sup>15</sup>.

Esse movimento gerado pela gestão da escola parece trazer para a cena certa nuance de “especialismo”, ou seja, de ter-se, já na graduação, a ideia da formação direcionada para a ESF, para a busca pela especialização precoce do médico nesta área. Nas locuções discentes, por sua vez, confirma-se este desejo:

“Mas os representantes da atenção primária daqui são muito bons, então, eles acabam que puxando mais, incentivam mais [...]. Eles estão no curso todo, até quando você chega na saúde comunitária no internato você tem maior contato com eles [...]”. (Participante 7)

“[...] a questão do atendimento primário é muito forte na formação da gente [...] aqui em Sobral como funciona muito bem [...]. Acredito que a formação da gente é muito direcionada”. (Participante 8)

Observa-se, nas falas dos estudantes, que não é apenas a organização curricular que pode gerar o incentivo da formação direcionada para a atenção básica, mas, que esse movimento ocorre no ato das relações professor-estudante nos processos de ensino. Portanto, por mais que as estruturas curriculares e os gestores centrais do projeto pedagógico busquem garantir tal tendência, a partir das locuções discursivas acima, vê-se que os docentes têm contribuído diretamente com esse movimento no cotidiano da formação. Com suas práticas e desejos, os docentes podem proporcionar discretos cerceamentos subjetivos dos caminhos no cotidiano do ensino, para que os estudantes se voltem para o trabalho de medicina de família como especialidade médica prioritária.

Ao considerar-se a ESF como principal espaço de inserção dos estudantes no serviço e, dessa forma, caracterizada como lugar por excelência da produção da mudança no modelo de atenção à saúde, toda a retórica que tem sido produzida nessa perspectiva parece não considerar que o cuidado ultrapassa as barreiras da atenção básica. Ou seja, pode-se estar deslocando o principal objeto da formação de novos médicos, estabelecendo o campo da saúde como esfera reduzida aos cuidados primários.

Na fala dos discentes, que estão na fase final do Curso de Medicina abaixo, observam-se locuções que dizem respeito aos sentimentos em relação à sua experiência de inserção na ESF durante a formação.

“[...] o que não deixa o médico continuar no Programa Saúde da Família (PSF) é a educação dos pacientes. Porque quem frequenta o PSF? [...], são as pessoas que mais precisam, infelizmente, não são aquelas que têm educação, então é um trabalho muito cansativo, [...] acaba sendo muito mais de educação do que mesmo de saúde [...]. Aí você passa a sua faculdade inteira estudando, raciocinando patologias, para chegar lá e vê o paciente três dias seguidos com a mesma queixa e você fica até desconfiando do paciente”. (Participante 9)

“Então realmente o que despolpa o médico de ir para a saúde comunitária é você se dedicar tanto e ver que aquilo é em vão, porque, realmente não há, a educação deixa bem a desejar, às vezes até agressões verbais, ameaças, é muito chato, [...] entra na casa do paciente, entra no convívio do paciente, [...] Então, isso vai além do consultório, ele vai muito além, para pouco reconhecimento”. (Participante 10)

A experiência dos estudantes na atenção básica à saúde conduzirá a discussão de dois aspectos relacionados entre si: a sua relação com os usuários das periferias de Sobral e a valorização do trabalho do médico na ESF. Os discursos acenam fortemente para a “culpabilização” e desconfiança do usuário em torno de suas necessidades de saúde. Há uma tensão, um desconforto, entre a percepção

dos modos de vida das pessoas que procuram atendimento nas unidades de saúde da família e as perspectivas dos estudantes com relação ao seu encontro com o usuário.

A inserção dos estudantes na atenção básica é relevante e muito propícia, porém, a produção do cuidado, como objeto da formação, pode ficar empobrecida se não forem criados espaços pedagógicos “problematizadores”, com os quais busque-se analisar estes encontros do estudante com os usuários na sua formação. A aproximação dos estudantes, desde o início do curso, com a realidade do cotidiano dos usuários e o desenvolvimento da capacidade de produção de vínculo devem ser explorados como mote da formação para a integralidade. No entanto, a formação de novos médicos comprometidos com a produção da autonomia e inclusão dos usuários no mundo da cidadania não se dá apenas com a inserção neste espaço, como se ele fosse mágico, espontâneo.

Apesar de todo esforço das estratégias de educação, na maioria das vezes, as práticas assistenciais permanecem as mesmas, estruturadas por um processo de trabalho que opera com base em relações hierárquicas. Persiste um processo de trabalho fragmentado, nos moldes tayloristas: com saberes que se isolam uns dos outros, onde há dificuldade de interação entre membros de uma mesma equipe, e das equipes com os usuários, sobretudo, sob os valores e a cultura de uma clínica que tem, por referência, o modelo flexneriano<sup>16</sup>.

Os processos de aproximação da realidade dos serviços, de exposição dos estudantes, deveriam ser capazes de atingir o objeto relacional numa situação que permitisse o reconhecimento da situação singular do estudante e da capacidade de dialogar e agir tecnologicamente com a complexidade social em que ambos, usuário e estudante, estão inseridos. Porém, a profunda dimensão relacional de que os estudantes participam, parece estar sendo prejudicada ou fragilizada, não sendo capaz de produzir alteridade, acolhimento, compreensão e significação no processo de interação aí desenvolvido<sup>17</sup>.

Algumas pesquisas mostram fatores positivos na inserção dos estudantes na ESF, como no estudo<sup>18</sup> que identificou que práticas de visita domiciliar ajudam a fortalecer e ampliar vínculos, compromissos e favorecer a comunicação. Outros autores<sup>19</sup> discutem que o currículo com ampla abordagem no contexto da atenção básica possibilita ação direta do estudante em sua interação com a comunidade, havendo ênfase no desenvolvimento e fortalecimento das relações interpessoais, possibilitando formação de vínculo e trazendo a universidade para diálogo aberto com os serviços e comunidade.

No entanto, mesmo entendendo a ESF como o lugar por excelência de interação com a realidade das comunidades, como se vê no recorte dos discursos discentes em análise, ocorre certa desqualificação do usuário, estereotipado como deseducado, havendo pouca abertura para a valorização da diferença.

Ao se analisarem as interfaces micropolíticas presentes nos encontros entre os diferentes sujeitos no mundo do trabalho em saúde, chama atenção a ausência de interação, tendo em vista que, muitas vezes, esses encontros são mediatizados fortemente pelas forças externas, nas quais há presença apenas de estruturas da macropolítica, como, por exemplo, conhecimentos técnicos, protocolares e disciplinares, que, pertencentes fundamentalmente ao domínio dos saberes formais, prescrevem certos modos de atuar que capturam o trabalho por seu gerenciamento, protocolização e corporativização<sup>17</sup>.

Nesse contexto, os saberes do usuário, na sua complexa relação entre saúde, doença, autonomia, fragilidade, enfim, de suas necessidades singulares de saúde, são desqualificados, colocando nos formatos prescritivos, e até mesmo punitivos, a única possibilidade de intervenção.

## Considerações finais

As transformações propostas pelo SUS e pela reforma sanitária brasileira são um movimento de intensa produção de inovação para os campos da saúde e da educação. A partir de diversas propostas que são atravessadas por projetos que disputam modos de entender e agir sobre a atenção à saúde, o estudo ajudou a identificar que as apostas de mudança no ensino de médicos estão sendo experimentadas com importante intensidade na escola estudada.

Uma aposta rastreada nos discursos coloca na inovação metodológica, ou pedagógica, grandes possibilidades de aprofundar o desenvolvimento dos processos de mudança. Mesmo compreendendo



a importância de estratégias como a integração curricular por módulos, os módulos transversais e as técnicas de aprendizagem baseada em problemas, corre-se o risco de se produzirem discursos que colocam as técnicas em si, e sua sofisticação, como o centro do debate.

Dessa forma, conclui-se que as mudanças metodológicas propostas pela via da integração curricular não têm produzido, como se pretende, diferença significativa a ponto de interferirem no modelo real de formação. A centralidade da mudança nos aspectos apenas metodológicos coloca o problema da formação apenas no lugar da pedagogia, o que reduz, significativamente, a possibilidade de produção de processos de deslocamento do objeto da formação do corpo biológico, afetado pela doença, para a gestão de projetos de cuidado.

Portanto, mesmo se as estratégias metodológicas se dessem com melhor organização e efetividade, a centralidade da proposta no campo metodológico reduz o resultado da mudança. Ainda que as técnicas inovadoras de ensino estejam postas na centralidade da mudança na educação médica, pode-se correr o risco de ser desconsiderada a noção da revalorização do ato clínico como elemento essencial da medicina e como seu agente mais caracterizador.

Na aposta de valorização da inserção intensiva da formação em conexão com a ESF, observou-se que a exposição dos estudantes aos espaços de cuidado na atenção primária não possibilita, por si só, a produção de mudança nas formas de acolhimento e responsabilização na produção de projetos de cuidado. Sabe-se que esse processo é um desafio extremamente complexo e delicado. No entanto, os discursos dos estudantes levantaram sérias questões para serem pensadas nas formas de organização do processo de ensino-aprendizagem nos espaços de cuidado no SUS, tendo-se a necessidade de novas estratégias condizentes com a produção da alteridade como chave para a integralidade e humanização.

A discussão acerca de mudanças na educação dos profissionais não se dá de forma separada das inovações no campo do cuidado e das ações de saúde. O tema da formação, no entanto, traz fértil debate em torno de apostas que estão sendo evidenciadas, somando contextos discursivos utilizados em grande parte das experiências de mudanças que se evidenciam, não apenas, no campo da formação, mas na organização do cuidado. Esse é o caso da ESF como espaço para se discutir a mudança do modelo de atenção, tendo-se, aí, lugar privilegiado para se pensarem as intencionalidades de propostas da Saúde Coletiva. Por essa pesquisa, pode-se reconhecer o potente lugar de criação que é o espaço da formação no contexto do SUS.

### Colaboradores

Tiago José Silveira Teófilo participou ativamente da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do artigo. Nereida Lúcia Palko dos Santos participou ativamente da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do artigo. Rossana Staeve Baduy participou ativamente da discussão dos resultados e da aprovação da versão final do artigo.



**Referências**

1. Schmidt HG, Neufeld VR, Nooman ZM, Ogunbode T. Network of Community-Oriented Educational Institutions for Health Sciences. *Acad Med*. 1991; 66(5):259-63.
2. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6(10):37-50.
3. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação. Projeto de incentivo a mudanças curriculares nos cursos de Medicina. Brasília (DF): MS; 2001.
4. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília (DF): MS; 2005.
5. Gomes AP, Rego S. Transformação da educação médica: é possível formar um novo médico a partir de mudanças no método de ensino-aprendizagem? *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(4):557-66.
6. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
7. Godoi K, Bandeira-De-Mello R, Silva ABB. Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos. São Paulo: Saraiva; 2010.
8. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
9. Trelha CS, Bobroff MCC, Almeida MJ. Custos das mudanças curriculares nos cursos de enfermagem e medicina. *Olho Magico*. 2005; 12(1):20-4.
10. Universidade Federal do Ceará. Pró-Reitoria de Graduação. Projeto Pedagógico do Curso de Medicina: um novo currículo. Fortaleza: Imprensa Universitária; 2001. (Série Acadêmica).
11. Merhy EE, Acirole GG. Uma nova escola médica é possível? Aprendendo com a CINAEM as possibilidades de construção de novos paradigmas para a formação em medicina. *Pro-Posições*. 2003; 14(1):53-68.
12. Toledo Júnior ACC, Ibiapina CC, Lopes, SCF, Rodrigues, ACP, Soares, SMS. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo médico. *Rev Med Minas Gerais*. 2008; 18:123-31.
13. Mamede S, Penaforte J, Organizadores. Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Escola de Saúde Pública; 2001.
14. Gomes R, Francisco AM, Tonhom SFR, Costa MCG, Hamamoto CG, Pinheiro OL, et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(28):71-83.
15. Goulart LMHF, Alves CRL, Belisário SA, Abreu DMX, Lemos JMC, Massote AW, et al. Abordagem pedagógica e diversificação dos cenários de ensino médico: projetos selecionados pelo PROMED. *Rev Bras Educ Med*. 2009; 33(4):605-14.
16. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23):427-38.
17. Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13 (Supl 1):531-42.
18. Romanholi RMZ, Cyrino EG. Visita domiciliar na formação de médicos: da concepção ao desafio do fazer. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(42):693-705.
19. Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos, RA. Ensino-Trabalho-Cidadania: novas marcas ao ensinar integralidade no SUS. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Cepesp, Abrasco; 2006.

Teófilo TJS, Santos NLP, Baduy RS. Apuestas de cambio en la educación médica: trayectorias de una escuela de medicina. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(60):177-88.

El objetivo del estudio fue conocer las prácticas de enseñanza-aprendizaje, los arreglos institucionales y la participación de diferentes actores en el curso de medicina de la ciudad de Sobral-Ceará-Brasil. Este es un estudio cualitativo descriptivo que utilizó entrevista individuales y en grupo para la colecta de datos. Los participantes en el estudio fueron: coordinadores, alumnos y profesores de una escuela pública de medicina. El análisis del discurso fue la técnica de análisis del material empírico. Los resultados mostraron que los discursos enumeraron tres apuestas de cambio: currículos en módulos como innovación pedagógica, la estrategia de aprendizaje con base en problemas y la Estrategia Salud de la Familia como eje estructurador para el cambio en la formación. Se concluyó que los discursos ponen las técnicas pedagógicas propiamente dichas como el centro del debate. La atención básica a la salud surge como el espacio por excelencia para la acogida y responsabilidad en la producción del cuidado.

*Palabras clave:* Medicina. Educación médica. Aprendizaje con base en problemas. Salud Pública.

Submetido em 27/04/16. Aprovado em 05/05/16.

# Um hospício em crise:

## imagens de uma experiência de desinstitucionalização

Fernando Sfair Kinker<sup>(a)</sup>

Este texto é fruto de uma dissertação de mestrado, e tem como objetivo relatar a experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico, ocorrida em 2005, numa cidade do interior nordestino, a partir de uma intervenção decretada pela justiça federal a pedido do Ministério da Saúde. O hospital em questão não apresentava condições mínimas de funcionamento e não passara nas avaliações realizadas pelo Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar. Houve uma articulação importante entre o Ministério da Saúde, a prefeitura, a advocacia geral da União e a justiça federal para que essa intervenção transformasse as condições dos internos que lá estavam. Embora a intervenção devesse durar até que a situação melhorasse, foi uma opção operar, durante o processo, a desconstrução do hospital e a implantação de uma rede de serviços territoriais e comunitários de saúde mental, composta por Centros de Atenção Psicossocial, residências terapêuticas e serviço de emergência psiquiátrica em hospital geral. O relato trará as sensações, percepções e reflexões do autor, que exerceu o papel de interventor, expressas em diários de campo elaborados durante a experiência.

O relato de experiências de desinstitucionalização pode contribuir para estimular gestores e trabalhadores das políticas públicas na busca por mais ações nesse campo, uma vez que existem, ainda, muitos moradores em hospitais psiquiátricos. Além disso, contribui para que os leitores tenham uma vivência mais próxima do cotidiano dos hospitais psiquiátricos, de suas entranhas, suas relações de poder e saber, sua correspondência com o paradigma biomédico clássico da psiquiatria, que dialoga, sobretudo, com abstratas entidades mórbidas, e não com os sujeitos em sua historicidade, produzindo, como efeitos, corpos mortificados e subjetividades anuladas.

O relato a seguir reúne uma série de fragmentos apresentados de forma não linear, utilizando-se de intertítulos que não possuem uma relação de hierarquia entre si, mas que tentam transferir, ao leitor, as sensações vividas pelo autor.

Sigamos ao relato.

### Segurança!

Um *panopticum*<sup>1</sup> um pouco desfocado e com muitos tentáculos; uma organização que tenta controlar os movimentos, mas que não vigia de perto,

<sup>(a)</sup> Curso de Terapia Ocupacional, Departamento Saúde, Clínica e Instituições, Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo (campus Baixada Santista), Rua Silva Jardim, 136, Vila Mathias, Santos, SP, Brasil. 10015-020. fernando.kinker@unifesp.br

usa somente portas fechadas. Em cada corredor, uma porta de ferro; em cada porta de ferro, um segurança. Esses atores usavam jalecos azuis, que traziam, escrita em branco, nas costas, com letras garrafais, a palavra SEGURANÇA, e eram eles quem estava mais próximo aos internos.

Os seguranças, com suas chaves e portas, tinham como tarefa direcionar o fluxo dos pacientes entre as enfermarias e o banho de sol no pátio. Eram como que pastores de ovelhas, conduzindo seu rebanho para que a máquina da instituição pudesse girar como um fim em si mesmo. De certa forma, eram também vítimas do próprio controle que exerciam, uma vez que se mantinham empobrecidos e aprisionados pela tarefa, objetivados como os internos pela instituição. Palavras? Diálogos? Estes eram desnecessários para a realização da tarefa.

As medicações também seguiam padronizadas. As prescrições eram iguais para todos e os comprimidos eram distribuídos como rações em uma bandeja: um comprimido de cada cor para cada integrante de uma longa fila. A contenção mecânica no leito era comum e obedecia à função de manter a máquina em funcionamento sem nenhuma perturbação.

Mudar uma situação como essa exigiria desconstruir papéis e estabelecer novas relações, a partir de uma ruptura inicial, um ato de força desestabilizador que pudesse restabelecer o diálogo e o compartilhamento de vivências e decisões. E foi essa mudança da dinâmica institucional que tentamos realizar.

## Abandono

Além de despojados da condição de sujeitos, os pacientes também estavam desprovidos: de colchões (em algumas enfermarias, não havia sequer camas), de água nos banheiros, de iluminação nos quartos, de banheiros nos pátios, de roupas nos corpos, de sabonetes para o banho, de comida decente. Estavam “possuídos” por fome, sarna e piolhos. Sua higiene era precária, só tomavam banhos coletivos de mangueira, comiam arroz e carne com osso no almoço, sopa de macarrão com osso no jantar. Os funcionários diziam, com naturalidade, que os banhos coletivos com creolina eram prática comum para tentar derrotar a sarna, já que não existiam remédios próprios para lidar com isso.

A falta de colchões devia-se a uma ação intencional da administração, atribuída ao fato de os internos não saberem usar civilizadamente tais insumos. Afinal, era comum a luta por pedaços de espuma para evitar o contato do corpo com o chão frio ou para usá-los como absorventes ou como papel higiênico, uma vez que nenhum desses itens era oferecido no local.

O mesmo ocorria com relação à falta de lâmpadas. Segundo os profissionais que lá trabalhavam, os internos não sabiam conviver com as lâmpadas, pois arrancavam-nas dos bocais, correndo o risco de se cortarem. Assim, como estavam mesmo deixados de lado, o correto seria deixá-los no escuro, em vez de acompanhá-los de perto e entender o motivo dessa atitude. Seria esse ato uma forma de protesto com relação à situação de abandono e de falta de liberdade?

Como em outros manicômios, o cheiro de urina e fezes dominava os espaços. No pátio, onde os internos tomavam o banho de sol, não havia banheiros. Existia um cubículo de cimento, onde eles costumavam urinar e defecar, como se fosse um grande vaso a céu aberto, compartilhado com o restante do ambiente. Também era comum a presença de corpos nus, estendidos no chão, trêmulos, cobertos de moscas.

As condições de existência no hospital eram muito graves e tornavam-se ainda mais graves por serem atribuídas aos quadros psicopatológicos ou apenas às reações e aos comportamentos dos pacientes. Culpar a doença ou os doentes não era uma novidade, e esse recurso já havia sido denunciado por Franco Basaglia<sup>2</sup> desde o início dos anos 1960, quando ele começou a produzir o conhecimento e a prática do que chamamos de desinstitucionalização.

O espaço de troca zero da instituição psiquiátrica, como afirmou o psiquiatra italiano Franco Rotelli<sup>3</sup>, pouco a pouco, se configurava como um mundo de engrenagens infernais. O hospital era uma máquina que construía uma mercadoria abjeta, aquela que ninguém queria possuir (a não ser os empresários dos hospitais privados).

## Imprensa todos os dias

A foto no jornal, tirada no primeiro dia da intervenção, chocou a todos. Nela, as mulheres, nuas, tomavam banho de mangueira ao ar livre, coletivamente, num pátio aberto e sujo. Outra foto mostrava os homens nos corredores da enfermaria, nus, sujos, prostrados no chão.

Um dos belos artigos escritos por uma jornalista descreveu a triste descoberta de uma inscrição nas paredes de uma cela forte. A mensagem dizia “homem tem que ser homem”, e estava escrita com... fezes – fezes que se petrificaram nas paredes, como a perpetuar a força da expressão sobre o grau do sofrimento. Sim, ganhamos aliados na imprensa e na comunidade. Vários radialistas comentavam sua forte indignação com o ocorrido, e passaram a apoiar a intervenção. Em momentos como esses, todos passam em revista seus próprios conceitos e visões de mundo.

## Diálogos e corpo-a-corpo em vez de portas

Houve muitas discussões com os seguranças sobre sua mudança de papel, tentando resgatar, também, sua voz, seu nome, sua história, e ressignificar, assim, o cotidiano de trabalho e a relação com os internos. O primeiro passo foi substituir, aos poucos, as portas de ferro pelo corpo físico, a vigilância pelo acompanhamento, a violência pelo diálogo.

Alguns levaram ao pé da letra, perguntando se poderiam sair da porta caso houvesse uma briga dos internos para separar. Não entendiam que trocar as portas por pessoas significava estar ao lado dos internos e dialogando com eles no interior das enfermarias, em vez de manter-se atrás das portas fechadas, do lado de fora delas. Outros ficaram muito perdidos, andando de um lado para o outro de mãos dadas com as mulheres recém-libertas de quartos pequenos, que, naquele momento, estudavam os espaços dos corredores próximos à porta de entrada do hospital para ver se valia a pena aumentar seu espaço vital, social.

Foram os mesmos vigilantes que tiveram que retirar os jalecos para acompanhar os internos nos primeiros passeios: uma visita ao grupo de egressas do hospital psiquiátrico que faziam artesanato numa Unidade Básica de Saúde do Programa de Saúde da Família; uma festa do dia das mães no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) da prefeitura, onde faziam o acompanhamento terapêutico quando saíssem do hospital; o passeio dos homens num parque com a participação de estagiários de psicologia.

Com o tempo, os seguranças propuseram uma nova denominação para a sua função, sugerindo serem chamados de agentes de saúde mental ou de monitores. Mas o processo inicial compôs uma mescla em que cabiam, ao mesmo tempo, o segurança e o cuidador, a porta e a pessoa, a força e o diálogo.

Essa ambiguidade entre controlar e cuidar, constituinte da psiquiatria, manteve-se nesse início enquanto avançávamos no processo de construção de uma “tutela emancipadora” no lugar da “tutela anuladora” do paradigma psiquiátrico tradicional.

## A chegada dos cuidadores da cooperativa

Eram vinte os cuidadores da cooperativa que a Secretaria Municipal de Saúde enviara para ajudar no acompanhamento, no cuidado aos internos. Inicialmente, a entrada desses novos atores deflagrou pequenos focos de crise, pois os antigos cuidadores do hospital diziam, secretamente pelos cantos, que eles teriam vindo para ocupar o seu lugar.

Conversamos sobre as dificuldades de ficar nas enfermarias por longos períodos, e pensamos em estratégias de revezamento (parece que só os internos, mesmo, é que conseguiam permanecer ali). Disseram que faltava limpeza e que o cheiro fazia mal, “embrulhava o estômago”. Sinalizaram a necessidade de colocar mais pessoas para trabalhar na limpeza, o que foi feito no mesmo dia. Conversamos, também, sobre: o estado dos internos, a dependência, o aparente mutismo, as atitudes bizarras, a falta de cuidados mínimos consigo mesmos e com as coisas (defecar no chão, andar sem roupa).

A partir do discurso de uma enfermeira, que dizia que o estado atual dos pacientes se devia, exclusivamente, às consequências da doença, e que não conseguia vislumbrar nenhuma possibilidade de melhora, mas apenas de piora, fizemos um amplo debate. Discutimos o fato de os internos serem tratados de forma infantilizada e que a institucionalização produzia efeitos muito graves, que impossibilitavam discernir o que seria exatamente o efeito da doença.

A institucionalização produz subjetividades anuladas, empobrecidas, sombrias. Ela é bizarra e atinge, também, os profissionais que se adaptam a ela: empobrecidos, são levados a ver a vida como um simples objeto de intervenção (a quem devem nutrir, limpar e manter numa condição de nulidade). São também levados, pela vivência institucional, a depositar a responsabilidade de toda essa situação na doença mental.

Discutimos, também, o papel terapêutico do fazer e do cuidar compartilhados com a pessoa cuidada, do estimular a produção de subjetividade, por meio de ações práticas que dessem, ao interno, a possibilidade de ganhar autonomia, de ser protagonista, de ser um ator numa relação.

### **Dia 18 de maio: um mês da intervenção e a caminhada em comemoração ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial**

No dia 18 de maio (assim como ocorre em vários locais do Brasil, desde o ano de 1987, quando o movimento da luta antimanicomial criou o *slogan* "Por uma sociedade sem manicômios"), realizou-se uma importante manifestação na cidade onde estávamos. Tratava-se de uma caminhada do CAPS em direção a um parque popular, com carro de som, camisetas alusivas e bexigas, convidando a população a participar dessa importante luta.

Além dos pacientes e familiares do CAPS e de outros aliados da comunidade, como estudantes e artistas, a caminhada teve a importante presença dos internos do hospital psiquiátrico.

Uma mãe que compareceu ao ponto de encontro deparou com seu filho junto ao grupo do hospital, que fora em um ônibus, e, surpresa e admirada, chorou ao ver que seu filho calçava meias e tênis novos. A roupa fazia parte do enxoval que o paciente havia recebido para mudar-se para a primeira residência terapêutica, o que estava prestes a acontecer. A mãe chorou porque nunca mais vira o filho vestindo qualquer tipo de calçado. Era, antes, aquele farrapo humano que habitava o fantasmagórico espaço de segregação do hospital, onde tanto fazia ter sapatos ou não, cuidar ou não dos pés e do resto do corpo, ou demonstrar algum asseio diante dos outros e de si próprio.

### **Enquanto isso, no hospital...**

Enquanto isso, o hospital era reduzido a 86 dos 176 leitos existentes quando da intervenção, sendo a maior parte deles ocupados por moradores de longa data da instituição.

Eis o plano que então se afigurava: alugar um prédio, selecionar profissionais, descredenciar o hospital do Sistema Único de Saúde (SUS) e transferir os pacientes para o novo serviço, desta vez, um serviço público municipal. Esse serviço seria transitório, assim como seria o processo de intervenção no hospital. Deveria ser um laboratório de onde se propagariam mais quatro residências terapêuticas, os novos CAPS da cidade, e os novos serviços dos vários municípios. Deveria, também, abrigar uma emergência psiquiátrica, que regularia o encaminhamento para os novos serviços territoriais.

Com o final do processo de transição, deveria restar, dessa estrutura transitória, apenas a emergência psiquiátrica, a ser transferida para um dos dois hospitais gerais públicos da cidade.

### **O homem que desentupia vasos sanitários**

Ele era pequeno, oitenta e poucos anos. Tinha mirrados 1,50 m de altura, talvez menos. Muito magro, pele escura e enrugada, marcas de quem trabalhou muito na vida. Calças bem curtas e sandálias, um pequeno boné e o instrumento de trabalho, do qual usou vários modelos nesses quarenta anos de serviço: o desentupidor de vasos sanitários.



Veio procurar-me para pedir a aquisição de seu instrumento de trabalho, que estava em falta havia tempos. Mas frisava com empenho que não se intimidava com a falta de condições de trabalho: pegava um plástico para forrar as mãos e os braços e “tchibum”, submergia-os no vaso para desentupi-lo.

O trabalho era constante e intenso, pois os vasos viviam entupidos. Dizia-se que ali, no encanamento dos esgotos do prédio, havia uma bem aquinhoadada coleção de espumas de colchões, que os internos, por anos a fio, utilizaram para substituir o inexistente papel higiênico. Mas nosso personagem manteve, durante quarenta anos, sua exclusiva função, das mais curiosas, que desempenhava com orgulho.

Digamos que, se os internos não eram bem tratados, os vasos, pelo menos, muito embora sem descargas a funcionar adequadamente, possuíam um cuidador exclusivo, pago com parcos dinheiros.

Como os outros funcionários, perguntava-se o que faria no futuro sem a merda do hospício, que representava, para ele, o sentido da existência. Não havia como não se preocupar com o futuro desse homem bom aprisionado pelo hospício e limitado a ele.

### **A mulher voltada para dentro: o círculo vicioso**

Cheguei ao hospital para uma visita no final de semana e, ao passar pelo corredor, ouvi uma interna, dentro de um quarto, chamar pela psiquiatra da equipe de intervenção. A auxiliar de enfermagem disse que a interna estava contida no leito, pois, desde o dia anterior, quando recebera a visita do filho, havia ameaçado voltar a comer fezes, além de jogá-las nos outros. Aquela paciente tinha um histórico de comportamento não só de ingestão de fezes, mas de atos destrutivos, suicidas.

Fui até a cama em que a paciente estava atada e comecei a conversar. Ela disse que estava amarrada porque queria fumar muito e não a deixavam. Retomei o episódio da ameaça que ela havia feito de jogar fezes nas pessoas. Ela tentou me convencer de que a doença a levava a comer fezes, afirmando que tinha alucinações auditivas em que lhe ordenavam que o fizesse. Insistia em frisar que era doente e que não controlava seus comportamentos. Aceitei sua avaliação, mas disse que parte de seu comportamento, a de jogar fezes nos outros, podia ser controlada, pois não significava, necessariamente, uma compulsão da doença (de fato, pela avaliação do quadro psíquico que ela apresentava nesse contato e considerando o contexto em que se deu o ato de jogar fezes, eu tinha dúvidas se, de fato, ela tivera aquelas alucinações auditivas). Afinal, quanto do ato de comer fezes não visava provocar reações nas pessoas?

Em seguida, ela manifestou sua tristeza com o fato de o filho ter ficado assustado com ela e não a ter levado para casa. Combinamos que todos nos esforçaríamos para criar as condições de sua ida para casa, a começar por ela, que evitaria multiplicar qualquer tipo de ameaças. Negocieei, então, com ela para que pudesse sair do leito e andar comigo fora do hospital. No entanto, ela dizia que queria ir ao banheiro, garantindo que não comeria as fezes.

Acompanhei-a ao banheiro e, enquanto aguardava ao lado da cabine, ela foi contando trechos de sua história, dos filhos, dos pais, das experiências de sofrimento pelas quais havia passado.

Carregava sempre consigo uma sacola muito importante, cujo interior era composto por cigarros e muito, muito papel higiênico, que era uma arma para substituir a compulsão de ingerir fezes.

Passamos a passear e a conversar na área externa ao hospital e ela me contou os estupros que havia sofrido na adolescência, seu envolvimento com drogas, os episódios de psicose pós-puerperal e as várias internações psiquiátricas a que fora submetida.

### **O pasto**

No pátio, havia uma sala trancada, caindo aos pedaços. Perguntei ao funcionário o que era e ele respondeu que era a sala da pedra. Pedra? Que pedra?! Era a pedra sobre a qual antigamente se colocavam os pacientes que faleciam. O hospital, de fato, pensava em tudo, na garantia do processo de destruição de seus internos. E os pátios eram, enfim, o lugar destinado aos pacientes, estivessem eles vivos ou mortos.

## Preparando a mudança

Depois de muito avaliar as condições do hospital, chegamos, mesmo, à conclusão de que o melhor a fazer seria descredenciar, o hospital, do SUS e utilizar os recursos repassados para manter uma nova estrutura transitória, que estivesse sob a governabilidade da prefeitura, para mantermos o processo de desinstitucionalização até o fim. Para isso, iniciamos um processo de seleção e contratação de novos profissionais, e, posteriormente, alugamos uma maternidade desativada, que ficava no centro da cidade, para que esse mutirão de desinstitucionalização pudesse servir de base para a constituição dos novos serviços.

A seleção dos profissionais que viriam a trabalhar nos novos serviços de saúde mental (inclusive, no novo prédio para onde os pacientes seriam transferidos) exigiu um grande esforço. Durante mais de uma semana, membros da equipe de intervenção, juntamente com um grupo de entrevistadores de outros dois estados, das universidades da cidade, da equipe do Ministério e do município, desdobraram-se para avaliar as centenas de candidatas que se apresentaram para preencher as vagas.

Queríamos muito que a maioria absoluta dos funcionários do hospital fosse selecionada, mas apenas uma parte deles passaria na seleção.

## Adeus, manicômio!

A mudança do manicômio para o novo prédio foi épica. A maioria dos pacientes entrou alegremente no ônibus, sem saber, ao certo, o destino, mas felizes por deixarem a masmorra. Outros foram absolutamente tomados pela dúvida e, perplexos, obedeceram à ordem de retirada como mais uma das tantas ordens a que outrora haviam sido obrigados a obedecer.

Por fim, duas mulheres negaram-se a sair. De nada adiantaram os diálogos e as negociações para tentar convencê-las da necessidade de mudar. Diante da negação reticente, elas tiveram de sair carregadas. Tivemos de recorrer à força física que a psiquiatria tem legitimidade para usar – e o faz com frequência quando é preciso internar alguém que não concorda com a internação, para garantir a vida, para libertar as pessoas da anulação, para instaurar um novo processo: a mudança foi um parto a fórceps.

Recorremos ao contato físico, dramático e “forte” para assinalar também, simbolicamente, o que Dell’Acqua e Mezzina<sup>4</sup>, num contexto diferente, chamaram de “a abertura do cerco da psicose, o ingresso de pessoas reais, o fim do pesadelo”, garantindo, assim, a continuidade de um processo de diálogo baseado na reciprocidade e na confiança e a responsabilidade da equipe pelo cuidado das pessoas em questão.

O novo espaço era digno e infinitamente superior: quartos para três a cinco pessoas, dotados de armários embutidos, banheiro com chuveiro quente e, em alguns, ar condicionado.

Os funcionários eram novos e essa situação era extremamente original: a maioria dos funcionários, em especial os auxiliares de enfermagem, as enfermeiras e a maioria dos médicos (clínicos, pediatras, socorristas etc.) não possuía experiência no trabalho com saúde mental (como a seleção demorou, tivemos que propor, ao município, um mutirão com trabalhadores de outras unidades).

Outros possuíam outras experiências em saúde mental (e ajudavam na capacitação dos colegas), incluindo os cuidadores da cooperativa que haviam sido admitidos já no antigo hospital e que nos acompanharam na mudança.

Essa junção de atores com experiências diversas foi essencial para a desconstrução da prática segregadora do antigo hospital e para a construção de uma nova imagem dos sujeitos, que voltaram a ter uma perspectiva de existência social futura diferente e conquistada com o parto que representou a mudança.

Tudo permitia o encontro: o espaço físico não possibilitava a restrição e a separação, e não havia como os funcionários se separarem dos pacientes, trancando-os em celas ou enfermarias.

Os funcionários venceram o medo e a perplexidade (alguns desistiram, também) e passaram a construir uma nova imagem dos pacientes, substituindo a imagem de periculosidade do louco por uma de fragilidade e de singularidade, obtida por meio do encontro e do conhecimento. Os

pacientes sentiram de imediato que o espaço era confortável e digno, muito embora vários tivessem se desacostumado a utilizar os banheiros, a ter asseio pessoal etc.

Outra novidade era o convívio entre os sexos, homens e mulheres dividindo os espaços comuns, menos os quartos.

Essa situação, além de produzir estímulos para a vida, também os levava a cuidar mais de si, a vigiar o próprio comportamento, a querer estar melhor.

Agora, os pacientes considerados “casos-bomba”, que sempre tendiam a ser segregados pelos demais e pelos funcionários, também estavam dispersos no coletivo e sua fama já também estava diluída: não eram mais os marcados como perigosos.

### **E o mudo falou...**

Alvoroço no novo hospital: Livinaldo falou.

Era um sujeito jovem com comportamentos bizarros, cabeça geralmente voltada para baixo, embalada pelo movimento sempre inquieto do corpo, andando de um lado para outro, sempre na direção da porta de saída. E que não falava: era tido como mudo.

Certo dia, quando cheguei de viagem, os profissionais vieram trazer a boa nova, como quem acabara de presenciar um milagre operado pelas próprias mãos. Santos milagreiros é óbvio que não eram, nem tampouco se consideravam como tais. Mas o “milagre” operado era nada mais que uma das consequências do fortalecimento da equipe, que não parava de ver mudanças positivas nos sujeitos abandonados à própria sorte por anos a fio.

Primeiro, a construção do vínculo e o uso de instrumentos de comunicação diversos: o corpo que tocava, o olhar que acreditava, as pinturas, os papéis, os pincéis, o entorno, o coletivo que desbravava um mundo novo, o mundo de cada um deles, massacrados e anulados na pobreza existencial do manicômio. Primeiro, as pinturas, o corpo, depois, uma palavra, várias palavras e as frases.

É, Livinaldo voltara a ser um sujeito que fala.

E eram esses sinais que demonstraram o que estava sendo produzido a partir do momento em que se valorizou seu modo de expressão, seu discurso sem palavras, em que se tentou rechaçar sua condição de anulação, de objeto, sua inexistência social de *homo sacer*<sup>5</sup>.

### **Muitas mudanças ocorreram**

Durou cerca de um ano e meio o trabalho neste novo prédio, sob a coordenação da equipe local com nosso apoio e supervisão, como consultores do Ministério da Saúde.

Até aquele momento, já eram quatro as residências terapêuticas. Muitos outros pacientes voltaram para seu lar de origem, outros aguardavam novas residências. O CAPS 3 e o CAPS infantil foram inaugurados, e a rede começava a tomar corpo. O número de CAPS nos outros municípios mais que dobrou e permaneceu num movimento contínuo de crescimento. Alguns municípios também criaram algumas residências terapêuticas para abrigar ex-internos, com muita coragem e firmeza.

O relato acaba aqui, mas o processo continuou com outras histórias a serem contadas por outros narradores.

### **À guisa de conclusão: os desafios da desinstitucionalização**

Este artigo buscou relatar, por meio de fragmentos, a experiência da intervenção no manicômio, indicando que a carga de emoção e de envolvimento que o contato com a destruição provoca é imensa e pode produzir transformações também imensas nos atores envolvidos, quando eles estão convictos de que a prática da transformação deve superar o pessimismo da razão.

Na realidade brasileira e no mundo, o manicômio continua a ocupar um espaço importante, e poucas têm sido as experiências que enfrentam diretamente o hospital psiquiátrico.

Os espaços de reclusão têm servido como dispositivos de controle, mesmo em sociedades com sofisticados mecanismos flexíveis e capilares de vigilância. De certo modo, em plena sociedade de

controle<sup>6</sup>, na qual este se dá por vias suaves e instantâneas, o manicômio continua a exercer o papel da dura contenção, quando as formas flexíveis não são suficientes para garantir a ordem (inclua-se, aqui, o fortalecimento de instituições como as comunidades terapêuticas para usuários de álcool e drogas). Como Basaglia e Basaglia<sup>7</sup> diziam, a cada grau de desenvolvimento tecnológico e econômico, correspondem determinadas formas de controle que se entrelaçam para manter a ordem. Todavia, o controle no hospital não é mais o disciplinar, como foi durante muito tempo na história da psiquiatria, mas se dá pela tática do abandono, em sintonia com os contextos de desregulamentação do mercado, que reproduzem a insegurança nas relações de trabalho, afetivas, sociais<sup>8</sup>.

No Brasil, constata-se que muitos manicômios estão presentes em cidades pequenas ou médias, nas quais acabam exercendo certa influência política, não só por conta do prestígio de seus mandatários, mas porque produzem certo nível de empregabilidade. Nas cidades grandes, o manicômio não tem tanta importância enquanto lugar de produção de poder, mas representa um dispositivo comum de despejo de refugos, que pode ser utilizado para reproduzir as técnicas de controle das urbes.

São muitas as dificuldades de priorizar as questões de saúde mental e da desinstitucionalização nos cotidianos de trabalho das secretarias municipais e estaduais de saúde, assim como no próprio âmbito federal. A insistente reivindicação de que 5% do orçamento das secretarias e demais órgãos da saúde seja investido na área da saúde mental (o que a Organização Mundial da Saúde preconiza) ainda é uma utopia que necessitamos alcançar.

Além disso, não é sem razão que os internos se tornam seres invisíveis aos olhos de gestores, profissionais e pessoas comuns. Os paradigmas científicos, articulados a valores sociais e a relações de poder, legitimam a necessidade de reclusão, simplificando a complexidade do sofrimento psíquico e anulando as contradições sociais que ele vem denunciar. Isso indica a necessidade de se produzir uma ruptura epistemológica na forma de compreender e lidar com a experiência do sofrimento, entendendo que este não pode ser explicado, simplesmente, por meio de entidades mórbidas, mas está a circular por entre os atores sociais, sendo coproduzido por relações e sendo expressão das formas dominantes de viver e estar no mundo.

De certa forma, a desinstitucionalização dos internos de hospital psiquiátrico e a desconstrução do manicômio passam pela desinstitucionalização de nós mesmos e pela construção de novas formas de vida que não se submetam à lógica do capital e da mercadoria. À desconstrução do manicômio, como a relatada neste artigo, associa-se a desconstrução das formas de viver que empobrecem a existência.

**Referências**

1. Foucault M. O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes; 2006.
2. Basaglia F, organizador. A instituição negada. 3a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
3. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio MFS, organizadora. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 89-100.
4. Dell'acqua G, Mezzina R. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: Delgado J, organizador. A loucura na sala de jantar. Santos: Edição do Autor; 1991. p. 53-79.
5. Agambén G. Homo sacer: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG; 2002.
6. Deleuze G. Conversações. São Paulo: 34 Letras; 1992.
7. Basaglia F, Basaglia FO, organizadores. Los crímenes de la paz: investigación sobre los intelectuales y los técnicos como servidores de la opresión. Madrid: Siglo XXI de España; 1977.
8. Kinker FS. O lugar do hospital psiquiátrico na atualidade: da disciplina ao abandono. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2012; 23(2):178-95.

Este artigo relata a experiência de desconstrução de um hospital psiquiátrico, ocorrida, em 2005, numa cidade do interior nordestino, partindo de uma intervenção da justiça federal, a pedido do Ministério da Saúde. O autor, que foi interventor do hospital na ocasião, utiliza-se de fragmentos de diários de campo para mostrar a realidade vivida dentro do manicômio. A intenção é contribuir para que esses processos sejam multiplicados no país e para que mais pessoas percebam a necessidade de desencadeá-los.

*Palavras-chave:* Saúde mental. Desinstitucionalização. Reforma psiquiátrica.

#### **A psychiatric hospital in crisis: images of a deinstitutionalization experience**

This article reports the experience of deconstructing a psychiatric hospital which took place in 2005 in a town in the northeastern countryside. The starting point was an intervention by the federal courts, at the request of the Ministry of Health. The author, who was the intervenor for the hospital at that time, uses field journal fragments to show the reality as experienced in the asylum. The article intends to contribute so that these processes might be multiplied in the country and more people realize the need to launch them.

*Keywords:* Mental health. Deinstitutionalization. Psychiatric reform.

#### **Un manicomio en crisis: imágenes de una experiencia de desinstitucionalización**

Este artículo relata la experiencia de desconstrucción de un hospital psiquiátrico ocurrida en 2005 en una ciudad del interior de la región nordeste de Brasil, partiendo de una intervención de la Justicia Federal, a pedido del Ministerio de la Salud. El autor que en la ocasión fue interventor del hospital, utiliza fragmentos de diarios de campo para mostrar la realidad vivida dentro del manicomio. La intención es contribuir para que esos procesos se multipliquen en el país y para que más personas perciban la necesidad de desencadenarlos.

*Palabras clave:* Salud mental. Desinstitucionalización. Reforma psiquiátrica.

Submetido em 15/03/16. Aprovado em 13/06/16.



# Pesquisadores brasileiros na pós-graduação de Antropologia Médica na Espanha:

relato de experiência

Stela Maris Aguiar Lemos<sup>(a)</sup>  
 Fabiane Rosa Gioda<sup>(b)</sup>  
 Fernanda Martinhago<sup>(c)</sup>  
 Rinaldo Conde Bueno<sup>(d)</sup>  
 Angel Martínez-Hernández<sup>(e)</sup>

## Introdução

Nos últimos anos, a pós-graduação brasileira tem buscado, de forma sistemática, a internacionalização de seus programas por meio de distintas estratégias. Vale considerar que a internacionalização do conhecimento é um importante indicador que proporciona intercâmbio de saberes e experiências com instituições e pesquisadores de alto mérito científico, promovendo o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à produção de conhecimento<sup>1</sup>.

O envio de pesquisadores (docentes e discentes) ao exterior contribui para a consolidação de parcerias e produção de conhecimento entre grupos brasileiros e internacionais. Contudo, a ida dos pesquisadores para o exterior, além de trazer benefícios, produz, também, desafios de inserção e gestão do trabalho em solo estrangeiro. Esses desafios ocorrem não só na dimensão acadêmica, mas, também, na esfera sociocultural, e transpõem o processo de produção científica. Podem configurar desafios a serem enfrentados, desde o desenvolvimento de novas habilidades de comunicação (idioma) e estabelecimento de relações interpessoais, até o desenvolvimento da rotina e cotidiano na nova cidade. Contudo, enfrentar tais desafios rompendo as fronteiras do Brasil com outros países pode ser fundamental para construir novas práticas no campo do ensino, da pesquisa e da assistência em saúde<sup>2-4</sup>.

Vale considerar que a busca pela internacionalização é um fenômeno global, e que os desafios de adaptação e inserção também ocorrem com estudantes estrangeiros em solo nacional<sup>5</sup>. Em contrapartida, embora existam dificuldades a serem superadas para que o Brasil atraia pesquisadores internacionais, essa é uma realidade crescente<sup>6</sup>.

Dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) mostram que, em 2009, foram concedidas: 105 bolsas para Doutorado Pleno, 847 bolsas para Estágio de Doutorado Sanduíche, 361 bolsas para Estágio de Pós-Doutorado (pós-doc), e 79 para Estágio Sênior, sendo que a Espanha é o quinto país escolhido como destino preferencial dos bolsistas brasileiros<sup>7</sup> e configura um importante cenário de parceria e construção de novos campos de intercâmbio.

<sup>(a)</sup> Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Avenida Alfredo Balena, 190, Sala 251, Bairro Santa Efigênia. Belo Horizonte, MG, Brasil. 30130-100.

smarislemos@medicina.ufmg.br (bolsista Capes)

<sup>(b)</sup> Doutoranda, Programa de Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Florianópolis, SC, Brasil. fabianegioda@yahoo.com.br

<sup>(c)</sup> Doutoranda, Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas, UFSC. Florianópolis, SC, Brasil. martinhagofernanda@gmail.com (Bolsista Fapesc/Capes).

<sup>(d)</sup> Doutorando, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. rinaldocob@yahoo.com.br (Bolsista Capes)

<sup>(e)</sup> Medical Anthropology Research Center. Tarragona, Espanha. angel.martinez@urv.cat

O doutorado Sanduíche é um importante eixo nesse âmbito, e propicia experiências que permitem que estudantes de pós-graduação: conheçam distintos grupos de pesquisa, processos de trabalho acadêmico; desenvolvam habilidades para a busca de financiamento de pesquisas, e, sobretudo, criem parcerias com pesquisadores em diferentes países<sup>8</sup>, competências fundamentais para a criação dos seus próprios grupos de pesquisa e da dinâmica de orientações futuras. O pós-doc é outro eixo fundamental na definição e estímulo da produção científica e na construção e avaliação das perspectivas de ensino, pesquisa e extensão de docentes brasileiros<sup>9</sup>.

Neste contexto, descrever experiências, compartilhar impressões e analisar o processo de internacionalização em solo espanhol pode contribuir para subsidiar a discussão sobre grupos de pesquisas internacionais e para o estímulo a incursões de novos bolsistas ao país. Vale destacar que, embora cada processo de estágio no exterior seja distinto, pois carrega em seu bojo as peculiaridades do indivíduo, da área de origem do pesquisador e do tema de investigação, há aspectos transversais que podem emergir em qualquer experiência internacional.

Esta vivência, singular para cada pesquisador e, ao mesmo tempo, compartilhada entre eles, promoveu a ideia de elaborar um artigo de modo que pudessem registrar esta experiência na Espanha.

Além disso, o relato aqui apresentado busca descrever a aproximação e a incorporação de conhecimentos antropológicos por pesquisadores da área da saúde em uma experiência de internacionalização. Busca-se, ainda, discutir os aspectos emergentes de tal vivência e seu impacto cultural na formação dos pesquisadores envolvidos.

A perspectiva teórica do presente relato foi o aporte da antropologia e a inter-relação com a saúde. Na perspectiva antropológica, a saúde, a doença, o sofrimento e a morte são compreendidos como fenômenos condicionados à cultura e à vida social. A postura do antropólogo se diferencia do profissional da saúde em função de não estar relacionada a qualquer tipo de terapêutica. A antropologia se configura como uma ciência da humanidade de vasto escopo e que, no campo da saúde, o conhecimento pode ser aplicado, por exemplo, para: o desenvolvimento de programas de saúde pública, relação médico-paciente, ou delineamento de campanhas de promoção de saúde. Mediante uma proposta de unidimensionalidade da enfermidade, que se afasta do reducionismo biológico, a antropologia propõe um olhar multidimensional que possibilita resgatar a condição de eixo social, cultural e político-econômico da enfermidade<sup>10</sup>.

Deste modo, o objetivo do presente manuscrito é relatar e discutir a experiência de pesquisadores brasileiros do campo da saúde em um programa da área da antropologia na Espanha.

## Métodos

Trata-se de relato de experiência elaborado por quatro pesquisadores da área da saúde de universidades públicas brasileiras, bolsistas da Capes, em atividades acadêmicas em território espanhol. O grupo foi composto por: dois doutorandos da modalidade de doutorado sanduíche com formação em psicologia e fisioterapia, uma doutoranda em regime de cotutela com graduação em psicologia, e uma fonoaudióloga em estágio pós-doutoral. As reflexões deste relato compreendem o período entre janeiro e junho de 2015.

O cenário do estudo é o doutorado em Antropologia e Comunicação, o qual é fruto da fusão de dois doutorados, que, por meio desta integração, buscam aprimorar e inovar no desenvolvimento de pesquisas que explorem a intersecção destas duas áreas, de modo a possibilitar, ao pesquisador, consolidar conhecimentos técnicos avançados e a articular sua pesquisa na confluência de métodos e teorias destas áreas. O objetivo deste programa é intensificar o conhecimento sobre os conceitos teóricos e metodológicos destes campos do saber, e possibilitar a produção de pesquisas de qualidade nas suas três linhas de investigação: 1) Antropologia médica e saúde global; 2) Comunicação e risco; 3) Identidades contemporâneas, espaços urbanos e representação. Os pesquisadores brasileiros, provenientes do campo da saúde, participaram das disciplinas e atividades da linha de Antropologia médica e saúde global, as quais compõem um curso de mestrado na Universitat Rovira i Virgili em Tarragona, na Espanha. Como eixos estruturantes deste programa, dentre outros, estão os temas que

envolvem a saúde e a transnacionalidade, áreas diretamente relacionadas aos objetos de estudo dos pesquisadores envolvidos.

A elaboração do relato de experiência seguiu quatro etapas, a saber: a) resgate mnemônico das atividades e experiências vivenciadas, b) análise crítica dos eixos e conteúdos elencados, c) compilação dos resultados, e d) estruturação do manuscrito.

O resgate mnemônico foi realizado por meio da narrativa livre de cada pesquisador envolvido acerca de seu processo de inserção, vivências nas atividades do programa, e desafios enfrentados no percurso. Deste modo, as narrativas orais descreveram fatos e impressões subjetivas do processo de aprendizagem dos sujeitos implicados.

A análise crítica dos eixos e conteúdos elencados buscou, inicialmente, a identificação e consolidação das narrativas coincidentes e das informações obtidas na etapa anterior. A seguir, foi realizada: a discussão dos pontos confluentes e divergentes, contextualização dos relatos, classificação inicial dos conteúdos, e análise compreensiva dos relatos.

Na etapa de compilação dos resultados, foram realizadas: a ordenação dos elementos obtidos nas etapas anteriores, a organização dos eixos emergentes e a reclassificação final de conteúdos.

A última etapa, estruturação do manuscrito, consistiu na construção do quadro resumo de resultados, definição do aporte teórico final, e redação final dos passos metodológicos.

Vale destacar que os passos metodológicos foram desenvolvidos em seis encontros que intencionavam reconhecer e discutir, de maneira crítica, as experiências dos pesquisadores no campo antropológico da educação continuada e permanente em um país estrangeiro, visando a reflexão dos desafios deste processo de forma a contribuir com a sua consolidação. Tais reuniões serviram de alicerce para elencar os indicadores apresentados no decorrer do texto.

## Resultados e discussão

Para mapear as transformações descritas no presente relato, é fundamental compreender o processo histórico da constituição do campo da antropologia médica, pois, grande parte dos processos vivenciados pelos pesquisadores provém de mudanças em concepções e práticas. Nessa direção, o percurso da antropologia médica remete a um novo olhar que valoriza as dimensões política, social e cultural nos espaços de vivências no campo da saúde.

Embora a antropologia médica possa ser considerada relativamente nova no horizonte das disciplinas antropológicas, suas origens podem ser remontadas a períodos mais distantes, na medida em que os relatos etnológicos antigos sempre carregaram observações sobre saúde e doença dos povos estudados<sup>11</sup>. Contudo, alguns autores consideram, como marco da compreensão da antropologia médica como ciência orientada para o campo, a figura de Rivers, médico-antropólogo, que participou da expedição feita ao Estreito de Torres em 1898, e, em 1924, publicou uma obra considerada a precursora da história da antropologia médica<sup>11,12</sup>.

Segundo Comelles<sup>13</sup>, desde o século XIX, a biomedicina buscava aprimorar sua eficiência diagnóstica, prognóstica e terapêutica, sendo estes os principais eixos que conduziam a prática clínica e o laboratório. Neste contexto, os valores dos significados do meio, da sociedade e da cultura foram desaparecendo em relação ao enfermo e à enfermidade. Para Comelles<sup>13</sup>, negar o cultural e o social na medicina é um modo de construir uma cultura profissional específica.

A década de cinquenta do século XX foi, sem dúvida, significativa para o desenvolvimento da antropologia médica. Nesse momento, os trabalhos publicados mostram a investigação dos antropólogos nos sistemas médicos ou sobre problemas de saúde<sup>11,12</sup>.

Na década de 1950, a Antropologia Médica se desenvolveu nos Estados Unidos com estudos sobre os processos de saúde/enfermidade/atenção-prevenção como disciplina específica e, nos anos 1960, como especialização. Em função de seu rápido desenvolvimento, na década de 1980, contava-se com um número expressivo de antropólogos ativos e, conseqüentemente, com o crescimento de trabalhos etnográficos, o que gerou algumas das principais contribuições teóricas para a antropologia social.

Desde esta época, a antropologia médica vem se expandindo de forma significativa em países como Brasil, México, Espanha e Itália<sup>14</sup>.

Ainda quanto aos marcos históricos da antropologia médica nesse período, vale destacar, na década de 1960, as tentativas de diferentes construções teóricas e conceituais da enfermidade e dos sistemas médicos, e a definição, na década de 1980, de que a medicina ocidental e ou biomedicina não seria considerada um padrão para o campo, e sim um dos seus objetos de indagação<sup>15</sup>.

O ponto crítico da construção de um processo de aprendizagem autônoma pressupõe a imersão e o comprometimento do sujeito no contexto e no conteúdo delimitado para a consolidação e concretização da atividade. Nessa perspectiva reside a elaboração do presente relato de experiência, que busca problematizar a imersão de pesquisadores brasileiros em atividades acadêmicas e técnico-científicas em território espanhol.

Considerando que o eixo fundamental da aprendizagem significativa pressupõe uma relação lógica e relevante entre o novo e o preexistente, que, conseqüentemente, servirá de constructo para incorporar, compreender e fixar os novos conhecimentos<sup>16</sup>, optou-se por distribuir os momentos vivenciados em três eixos temáticos: aproximação, apropriação e incorporação (Quadro 1).

**Quadro 1.** Síntese dos eixos, conteúdos e desafios obtidos na compilação dos relatos.

Eixos	Conteúdos	Desafios
<b>Aproximação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- diferentes perspectivas teórico conceituais entre os modelos biomédico e antropológico na abordagem da saúde;</li> <li>- consonância com a perspectiva teórico-conceitual dos pesquisadores no processo de saúde/enfermidade/atenção;</li> <li>- críticas à saúde e ao modelo biomédico tem o médico como figura central da discussão;</li> <li>- reflexão sobre a complexidade dos aspectos que envolvem o processo saúde/enfermidade/atenção;</li> </ul>	Trabalhar em uma pesquisa de cunho antropológico em um campo cultural distinto (Espanha/Catalunha).
<b>Apropriação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- discussão de experiências autonomistas;</li> <li>- ressignificação dos saberes antropológicos</li> <li>- revisão do projeto de pesquisa;</li> </ul>	Considerar a teoria antropológica na análise dos dados.
<b>Incorporação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- desenvolvimento da perspectiva antropológica nos projetos de pesquisa;</li> <li>- reconstrução de um novo paradigma do pensar em saúde;</li> <li>- mudanças de pressupostos teóricos;</li> <li>- inclusão de novos referenciais teóricos ao projeto de pesquisa;</li> </ul>	Usar e relacionar a teoria antropológica com os projetos da saúde.

### Aproximação do contexto antropológico

A primeira etapa do processo dos pesquisadores foi a aproximação, entendida como o momento de chegada e ajustamento às práticas e conteúdos do programa de antropologia. Nesta etapa, a percepção da diferença foi o primeiro sentimento do grupo de pesquisadores. Embora o ingresso no curso tenha sido em momentos diversos, as diferenças entre os programas brasileiros de origem e espanhóis em questão foram reconhecidas por todos os atores. Diversas situações podem servir de exemplo para esse momento inicial, tais como: a organização do currículo do programa e a distribuição das disciplinas ao longo do semestre; mas o aspecto mais emblemático foi a desconstrução do pensar em saúde amparada em um modelo biomédico. Embora todos os pesquisadores, ao escolherem um programa de antropologia, já tivessem um olhar mais complexo sobre saúde, restavam fios do modelo biomédico oriundos da formação a serem rompidos.

Nesse sentido, vale destacar que o desafio principal foi a visualização do trabalho de cada pesquisador em uma perspectiva antropológica, tendo em vista que os projetos desenvolvidos tinham como foco processos / concepções de saúde ou doença.

Embora a literatura aponte que uma das buscas da Antropologia é a compreensão da influência da cultura na percepção e ações dos indivíduos em relação ao adoecimento e ao sistema de atenção à saúde<sup>17,18</sup>, o percurso dos pesquisadores não tinha esse referencial bem delimitado nos referidos projetos. Além do estranhamento, essa realidade mobilizou a busca de conteúdos e concepções antropológicas.

Essa busca fez emergir, como conteúdo fundamental para interlocução dos campos, a contraposição entre o modelo biomédico e a perspectiva antropológica na abordagem da concepção de saúde, do processo de adoecimento, e dos sistemas de atenção. Validando, dessa maneira, a premissa da saúde como experiência, construção sociocultural e dimensão como política, além de considerar conceitos estruturantes de autoatenção, intermedicalidade, autonomia, coletividade e práxis, em oposição à perspectiva biomédica considerada universalista, biologista e individualista<sup>19</sup>.

Assim, a aproximação ocorreu nas dimensões de campo e saberes, e motivou a reflexão sobre a complexidade dos aspectos que envolvem os processos de saúde, enfermidade e atenção. O desafio desse momento foi a articulação entre os conhecimentos em saúde e antropológico com a transição de concepções marcadamente biomédicas para concepções que valorizam a prática social e os diferentes olhares sobre enfermidade e sistemas de atenção.

Vale considerar ainda que, em grande medida, a Antropologia Médica dirige-se a problemas e necessidades de saúde atuais, desenvolvendo pesquisas aplicadas, e, portanto, diferencia-se com singularidade do campo da antropologia clássica<sup>11,12</sup>. Deste modo, a aproximação dos pesquisadores ocorre de forma mais natural.

### **Apropriação da concepção antropológica**

O passo seguinte foi a imersão e a identificação com os conteúdos e concepções antropológicas, entendendo a apropriação como um processo de ancoragem e decodificação dos novos conceitos<sup>20</sup>. Nesse momento, o principal desafio enfrentado foi o uso da teoria antropológica no desenvolvimento do projeto e na análise dos dados da pesquisa de campo. O passo inicial foi a reestruturação do aporte teórico dos projetos, incluindo autores e conceitos da antropologia médica. Em seguida, foi realizada a reestruturação dos aspectos metodológicos dos projetos, incluindo mudanças de instrumentos de coleta de dados e a seleção de percursos analíticos.

Nessa perspectiva, a ressignificação dos saberes antropológicos para a revisão dos projetos de pesquisa foi o ponto crítico da etapa de apropriação. Assim, foi desenvolvida a análise dos projetos em uma perspectiva coletiva considerando os objetos de pesquisa como resultado de contextos históricos e relacionais, e não como problemas situados na dimensão individual / biológica<sup>19</sup>. Reconhecendo, ainda, a enfermidade como fenômeno social e cultural que pode apresentar sentido de coerência e status etnográfico<sup>15</sup>.

Os diferentes aportes antropológicos, como mencionado por Menéndez<sup>14</sup>, corroboram os processos de saúde/enfermidade/atenção-prevenção que compõem parte da vida coletiva, na qual as sociedades e os sujeitos têm instituído e utilizado mais representações, práticas, relações, rituais, significados, tanto no nível dos curadores, dos conjuntos sociais, assim como dos sujeitos. As pesquisas antropológicas demonstram que são inevitáveis a produção e o uso das representações e práticas sociais pelos leigos no que diz respeito a seus adoecimentos, demonstrando que necessitam saber o que está ocorrendo, e a, também, encontrar formas de solucionar os problemas de saúde que reconhecem como seus<sup>14</sup>.

### **Incorporação dos saberes antropológicos**

Nesse momento, os pesquisadores buscaram a consolidação das experiências vivenciadas e a articulação dos saberes preexistentes com os novos conteúdos da antropologia. Nesse sentido, os eixos

fundamentais da etapa foram: o desenvolvimento da perspectiva antropológica, a reconstrução de um novo paradigma do pensar em saúde, e a inclusão de novos pressupostos e referenciais teóricos aos projetos de pesquisas.

Considerando a literatura que aponta a importância do contexto sociocultural para compreensão e definição da enfermidade, assim como para a eleição do tratamento<sup>19</sup>, buscou-se agregar essas premissas aos projetos já estruturados. O ponto fundamental do momento de apropriação foi a validação das mudanças efetuadas nos aspectos metodológicos dos projetos. Para tanto, buscou-se a discussão com pares, atividades de tutoria com docentes do programa, e supervisões com o orientador dos projetos. Nessa perspectiva, a Espanha mostrou-se um lugar privilegiado para reconstruir saberes, pois integra pesquisadores consolidados na área e estudantes de vários países com novos olhares sobre a temática.

Na Espanha, a institucionalização dos estudos de antropologia adquire potência entre os anos 1982 e 2000. Neste período, a criação de cursos, a realização de jornadas, e a ampliação dos estudos de investigação garantiram o reconhecimento formal do campo da antropologia médica espanhola. A literatura mostra que, atualmente, os grupos de investigação e a internacionalização tem sido reforçados pelos modelos de financiamento<sup>21</sup>. A Espanha constitui, sem dúvida, um centro de referência na comunidade internacional, pois cerca de um terço dos mestres e doutores formados nesse país é composto por estrangeiros<sup>20</sup>.

Atualmente, a antropologia médica na Espanha é um campo com uma comunidade científica bem consolidada, sendo a URV junto à Aix-en-Provence (França) consideradas, pela *Medical Anthropology Research*, como polos de referência institucional do sul da Europa. A produção acadêmica significativa neste campo, inclusive no âmbito internacional, possibilitou a ampla globalização da antropologia médica<sup>21</sup>. Nesse sentido, o desenvolvimento deste campo do conhecimento se configura pela sua posição "intersticial" e por sua capacidade de atuar à margem da medicina, assim como à margem da antropologia.

Menéndez<sup>14</sup> ressalta que uma das contribuições mais importantes da antropologia social, incluindo a antropologia médica, é a dedicação ao estudo do óbvio, o qual está tão próximo que não é possível vê-lo. Segundo o autor, nos estudos antropológicos sobre os processos de saúde/enfermidade/atenção-prevenção, é fundamental desvendar aspectos não vistos por outras áreas.

Assim, na busca pela articulação desses saberes, a reincorporação e o reingresso no campo de análise de dados foram de suma importância para a mudança de concepção dos pesquisadores e construção de novas trajetórias e caminhos do pensar em saúde.

A experiência de incorporação de conhecimentos antropológicos pelos pesquisadores ultrapassou os limites acadêmicos e propiciou um diálogo entre formação e prática, ao provocar mudanças significativas no pensar e fazer em saúde para esse grupo. Segundo Abrahão, Merhy<sup>22</sup>, a formação implica múltiplos encontros, e, na área de saúde, implica distintas maneiras de se ver o mundo, de autocuidado e produção do cuidado. Assim, podemos inferir que o encontro dos pesquisadores da área de saúde com o campo antropológico propiciou: a transformação de conceitos, modificação de atitudes e inovação de compromissos para a produção do cuidado.

## Considerações finais

A imersão dos pesquisadores brasileiros nos estudos sobre antropologia médica e saúde global ampliou horizontes sobre a compreensão do processo de saúde-enfermidade-atenção, possibilitando olhar este fenômeno sob outra perspectiva, onde os valores da sociedade e da cultura estão fortemente presentes. Este recrudescimento da inserção da antropologia, mais especificamente da antropologia médica, promove, no campo da saúde, uma transformação no direcionamento das investigações sobre os objetos de estudo que fazem parte desta temática, o que, conseqüentemente, contribui para o desenvolvimento de novos aportes teóricos e inovações nas práticas em saúde.

A experiência foi positiva e significativa para o grupo de pesquisadores, sobretudo na dimensão de formação em pesquisa. A participação em debates dos aspectos teóricos, a reestruturação da trajetória metodológica, a valorização dos aspectos contextuais nos projetos, e a elaboração de novos



constructos teórico-práticos no processo de pesquisa implicaram importantes mudanças na etapa de formação vivenciada pelo grupo.

Dentre as experiências dos pesquisadores em relação ao curso de Antropologia Médica, destaca-se a interlocução, que demarca a contraposição entre modelo biomédico e perspectiva antropológica, no que diz respeito às concepções de saúde, doença e atenção, e demonstra quanto tal tríade está relacionada a experiências sociais, culturais e políticas do sujeito ou, até mesmo, da população.

Nesta perspectiva, vale salientar quão importante é a apropriação dos saberes antropológicos por profissionais do campo da saúde, de modo que possibilitem uma ressignificação do conhecimento sobre esta temática e a construção de novos paradigmas em relação a suas práticas. Assim, consideramos que o desenvolvimento de pesquisas que articulam as áreas da saúde e antropologia é extremamente significativo para que esta transformação ocorra de forma efetiva.

Além disso, a experiência de internacionalização propiciou a construção de projetos conjuntos e a possibilidade de articulação entre linhas de pesquisas de programas brasileiros e espanhóis, fato este que pode contribuir para a aproximação de novos pesquisadores da área da saúde em programas de pós-graduação em Antropologia.

### Colaboradores

Stela Maris Aguiar Lemos foi responsável pela concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, redação do artigo, e revisão e aprovação da versão final do trabalho. Fabiane Rosa Gioda foi responsável pela concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, redação do artigo, e revisão e aprovação da versão final do trabalho. Fernanda Martinhago foi responsável pela concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, redação do artigo, e revisão e aprovação da versão final do trabalho. Rinaldo Conde Bueno foi responsável pela concepção e delineamento do artigo, análise e interpretação dos dados, discussão dos resultados, redação do artigo, e revisão e aprovação da versão final do trabalho. Angel Martínez-Hernández foi responsável pela orientação, colaborou ativamente na interpretação dos dados, discussão dos resultados, revisão crítica, e aprovação da versão final do trabalho

### Financiamento

Realizado com apoio da Capes, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil.

### Referências

1. Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T. Doutorado sanduíche como estratégia de internacionalização do conhecimento da enfermagem. *Cienc Cuid Saude*. 2014; 13(4):782-7.
2. Souza KVD. Intercâmbio educacional internacional na modalidade doutorado sanduíche em enfermagem: relato de experiência. *Esc Anna Nery*. 2008; 12(2):358-63.
3. Dalmolin IS, Pereira ER, Silva RMCRA, Gouveia MJB, Sardinheiro JJ. Intercâmbio acadêmico cultural internacional: uma experiência de crescimento pessoal e científico. *Rev Bras Enferm*. 2013; 66(3):442-7.
4. Canuto SA. Um olhar científico sobre a relação de intercâmbio do estudante brasileiro em Portugal. *Augusto Guzzo Rev Acad*. 2014; 1(14):115-22.

5. Andrade AMJD, Teixeira MAP. Adaptação à universidade de estudantes internacionais: um estudo com alunos de um programa de convênio. *Rev Bras Orientac Prof.* 2009; 10(1):33-44.
6. Castro CDM, Barros H, Ito-Adler J, Schwartzman S. Cem mil bolsistas no exterior. *Interesse Nac.* 2012; 5(17):25-36.
7. Conselho de Aperfeiçoamento de Pesquisa do Ensino do Ensino Superior - CAPES. Plano Nacional De Pós-Graduação (PNPG) 2011-2020. Brasília; 2010. vol 1 [citado 13 Jun 2015]. Disponível em: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/Livros-PNPG-Volume-I-Mont.pdf>
8. Salvetti MDG, Bueno M, Gastaldo D, Kimura AF, Pimenta CADM. Doutorado sanduíche: considerações para uma experiência de sucesso no exterior. *Rev Gaucha Enferm.* 2013; 34(1):201-4.
9. Mueller SPM, Stumpf IRC. Influência do estágio pós-doutoral na produção docente. *Anais do 6º Encontro Nacional de Pesquisa em Ciência da Informação*; 2005; Florianópolis. Florianópolis; 2005 [citado 12 Jun 2015]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/680>.
10. Martínez Hernández A. *Antropología médica: teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Rubí: Anthopos; 2008.
11. Pereira P. Antropologia da Saúde: um lugar para as abordagens antropológicas à doença e à saúde. *Rev Antropol Exp.* 2015; 15(3):23-46.
12. Singer M, Baer H. *Introducing medical anthropology: a discipline in action*. 2. edition. Lanham: Alta Mira Press; 2012.
13. Comelles, JM. Cultura y salud. De la negación al regreso de la cultura en medicina. *Quad Inst Català Antropol [Internet]* 2003 [citado 13 Jul 2015]; 19:111-31. Disponível em: <http://www.raco.cat/index.php/QuadernsICA/article/view/95566/144313>.
14. Menéndez EL. *Antropología Médica: una genealogía más o menos autobiográfica*. *Gaz Antropol.* 2012; 28(3):1-8.
15. Martinez-Hernaez A. *Antropología de la salud. Una aproximación genealógica*. In: Prat J, Martinez-Hernaez A, organizadores. *Ensayos de Antropología Cultural*. Barcelona: Editorial Ariel; 1996. p. 369-81.
16. Pinto DPSR, Rego ALC, Ferreira KS, Silva SB, Vitor AF, Ferreira Junior MA. Teoria da aprendizagem significativa como proposta para inovação no ensino de enfermagem: experiência dos estudantes. *Rev Enferm UFSM.* 2015; 5(1):186-92.
17. Oliveira FA. *Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication*. *Interface (Botucatu).* 2002; 6(10):63-74.
18. Martínez-Hernández A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. *Rev Saude Publica.* 2010; 44(3):399-405.
19. Langdon EJ. Os diálogos da antropologia com a saúde: contribuições para as políticas públicas. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(4):1019-29.
20. Peixoto ACS, De Oliveira Fonseca H, Oliveira Ramony MSR. Ancoragem. *Cad CESPUC Pesqui. Ser Ensaio.* 2013; 1(23):8-12.
21. Martínez-Hernández A, Perdiguero Gil E, Comelles JM. Genealogía de la Antropología Médica em España. *Rev Dialectol Tradiciones Pop.* 2015; LXX(1):205-33.
22. Abrahão AL, Merhy EE. Healthcare training and micropolitics: concept tools in teaching practices. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(49):313-24.

O objetivo do manuscrito foi relatar e discutir a experiência de pesquisadores brasileiros, do campo da saúde, em um programa da área da antropologia. Trata-se de relato de experiência elaborado na perspectiva de se reconhecerem e discutirem, de maneira crítica, as experiências dos pesquisadores no campo antropológico da educação continuada e permanente, tendo como cenário o doutorado em Antropologia e Comunicação da Universitat Rovira i Virgil em Tarragona, Espanha. O relato da imersão dos pesquisadores nos estudos sobre antropologia médica e saúde global revelou a ampliação de horizontes sobre a compreensão do processo de saúde-enfermidade-atenção, possibilitando a análise do fenômeno sob outra perspectiva, onde os valores da sociedade e da cultura estão fortemente presentes.

*Palavras-chave:* Antropologia médica. Intercâmbio educacional internacional. Educação continuada. Incorporação do conhecimento antropológico.

#### **Brazilian researchers in Medical Anthropology Postgraduate Studies in Spain: Experience Report**

The purpose of this manuscript was to report and discuss the experience of Brazilian health researchers, going through a program in the area of anthropology. This experience report aims to acknowledge and critical discuss the experiences of the researchers in the anthropology field of continued and permanent education, in the background of the PhD course in Anthropology and Communication of the Universitat Rovira i Virgili in Tarragona, Spain. The immersion studies on medical anthropology and global health done by the researchers widened their understanding of the health-disease-care process, enabling the analysis of the phenomenon from another perspective, where the society and cultural values are strongly present.

*Keywords:* Medical Anthropology. International educational exchange. Continuing education. Incorporation of anthropological knowledge.

#### **Investigadores brasileños en el post-grado de antropología médica en España: relato de experiencia**

El objetivo del manuscrito fue relatar y discutir la experiencia de investigadores brasileños, del campo de la salud, en un programa del área de la antropología. Se trata de un relato de experiencia elaborado desde la perspectiva de reconocer y discutir, de manera crítica, las experiencias de los investigadores en el campo antropológico de la educación continuada y permanente, teniendo como escenario el doctorado en Antropología y comunicación de la Universitat Rovira i Virgil en Tarragona, España. El relato de la inmersión de los investigadores en los estudios sobre antropología médica y salud global reveló la ampliación de horizontes sobre la comprensión del proceso de salud-enfermedad-atención, posibilitando el análisis del fenómeno bajo otra perspectiva, en donde los valores de la sociedad y de la cultura están fuertemente presentes.

*Palabras clave:* Antropología médica. Intercambio educacional internacional. Educación continuada. Incorporación del conocimiento antropológico.

Recebido em 11/01/16. Aprovado em 17/08/16.



# Violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres mães:

relato de duas experiências

Ligia Moreiras Sena<sup>(a)</sup>  
Charles Dalcanale Tesser<sup>(b)</sup>

## Introdução

Este artigo tem como objetivo relacionar o enfrentamento da violência obstétrica no Brasil e o ciberativismo de mulheres, em especial, de mulheres mães. Violência obstétrica é uma expressão que agrupa as formas de violência e danos originados no cuidado obstétrico profissional. Para além de constituir um terreno mal definido sujeito a polêmicas, valores e subjetividades diversas, a expressão designa um conjunto de atos, práticas e situações com sólido respaldo em um arcabouço de pesquisas acadêmicas que reconhecem objetividade, relevância e especificidade à mesma<sup>1-3</sup>

Para isso, primeiramente, se introduz o tema da violência obstétrica brasileira e as principais pesquisas acadêmicas sobre o tema. Em seguida, a questão do ciberativismo é abordada como nova estratégia e proposta de mobilização social contemporânea. Na sequência, são relatadas duas experiências pioneiras de ciberativismo para o enfrentamento da violência obstétrica no Brasil, exemplificando tal relação. No último tópico, discute-se a necessidade de novas pesquisas sobre o tema e a relevância do uso da internet e das novas tecnologias de comunicação e informação como ferramentas metodológicas para pesquisa, ativismo e participação política, estratégias para a promoção da saúde da mulher.

## A violência obstétrica

Desde as décadas de 1980 e 1990, grupos de profissionais da saúde e defensores dos direitos humanos e reprodutivos das mulheres, impulsionados por uma parcela do movimento feminista, vêm se organizando a fim de promoverem a discussão sobre a violência no parto e combatê-la. Mas foi apenas a partir da década de 1990, intensificando-se nos anos 2000, que o tema passou a constituir um campo de investigação formal no país<sup>4-7</sup>.

O movimento contra a violência obstétrica no Brasil é derivado das críticas crescentes que os diferentes grupos vêm fazendo a respeito da assistência ao parto no país, sendo considerado como um "movimento em prol da humanização do parto e nascimento", que envolve diversos profissionais e instâncias da sociedade<sup>8-10</sup>. Tal movimento se baseia no reconhecimento da

<sup>(a)</sup> Graduada em Ciências Biológicas. Plataforma Cientista Que Virou Mãe - Produção de Conteúdo" ([www.cientistaqueviroumae.com.br](http://www.cientistaqueviroumae.com.br)).  
ligiamsena@gmail.com  
<sup>(b)</sup> Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil. [charles.tesser@ufsc.br](mailto:charles.tesser@ufsc.br)

participação ativa da mulher e de seu protagonismo no processo de parto, com ênfase nos aspectos emocionais e no reconhecimento dos direitos reprodutivos femininos<sup>8,11</sup>.

O movimento pela humanização do parto no Brasil se iniciou de maneira descentralizada, por meio de diferentes iniciativas em diversos Estados brasileiros, todas focadas em ressignificar a assistência e atuar de acordo com diferentes modelos, menos tecnocráticos e mais centrados na figura da mulher<sup>1</sup>. Neste contexto, a fundação da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna) possui papel de destaque, especialmente em função de sua carta de fundação, a “Carta de Campinas”<sup>1,4</sup>. Este documento representou uma forma de denúncia das circunstâncias violentas da assistência ao parto, caracterizando-as como pouco humanas, constrangedoras e marcadas pela ocorrência de intervenções desnecessárias e violentas, que transformava a experiência de parir e nascer em uma vivência aterrorizante, onde as mulheres se sentiam alienadas e impotentes<sup>1,4</sup>. A atuação da Rehuna na década de 1990 promoveu debate relevante a respeito da qualidade da assistência ao parto no Brasil, bem como evidenciou, tanto entre as diferentes categorias profissionais envolvidas quanto dentro da gestão, a existência de condições degradantes e violentas na assistência. A maioria dos integrantes da Rehuna era, reconhecidamente, formada por profissionais da saúde, atuando na implementação de serviços ou na pesquisa acadêmica, especialmente enfermeiras e médicos das áreas da obstetria e saúde pública<sup>11</sup>. Assim, embora também estivessem presentes outros atores sociais, o fato de serem os profissionais da saúde os principais envolvidos neste debate fez com que apenas uma pequena parcela da informação a respeito das violentas condições da assistência ao parto chegasse, de fato, às mulheres usuárias dos sistemas de saúde, as quais representam o principal grupo de interessadas, uma vez que são ou poderiam/deveriam ser as protagonistas do evento do nascimento.

A atuação da Rehuna aconteceu simultaneamente à chegada e fortalecimento da rede mundial de computadores ao Brasil, bem como das diferentes ferramentas de comunicação virtual que facilitaram a troca de informação entre as pessoas que a ela tinham acesso. Assim, alguns aspectos da discussão a respeito da violência na assistência ao parto promovida no interior da Rehuna passaram a ser levados e discutidos, também, pelas usuárias dos sistemas de saúde, especialmente por mulheres mães. Desta forma, a problematização da violência institucional no parto foi impulsionada dentro do movimento de mulheres, por meio de listas eletrônicas, tais como: Amigas do Parto, a lista da própria Rehuna, Parto Nosso, entre outras<sup>4</sup>. Sobre isso, Diniz<sup>11</sup> afirma que, uma vez que tais listas eram formadas por mulheres usuárias dos sistemas de saúde pertencentes à classe média, tal característica representou uma novidade política com enorme potencial de mudança, tendo esta interação levado a múltiplas iniciativas – iniciativas pessoais, institucionais, elaboração de políticas públicas, entre outras. No que concerne à discussão sobre a violência institucional na assistência ao parto, essa possibilidade de troca que as novas tecnologias de comunicação favoreceram e impulsionaram, mostraram, na prática, a possibilidade de fortalecimento das lutas por meio do ciberativismo. Assim, a utilização do ciberespaço se configuraria como um espaço de continuidade da reivindicação de direitos reprodutivos, neste caso, de enfrentamento à violência obstétrica.

Em 2010, uma pesquisa nacional<sup>7</sup> realizada pela Fundação Perseu Abramo mostrou que 25% das mulheres que tiveram partos normais (nas redes pública e privada) relataram terem sofrido maus-tratos e desrespeitos durante o trabalho de parto, parto e/ou pós-parto imediato. Estes dados sensibilizaram a opinião pública e lançaram novo olhar sobre o tema, dando novo rumo às pesquisas acadêmicas e ações do movimento de mulheres. Mostraram que a violência institucional está frequentemente presente na atenção ao parto e representa um grave problema de saúde pública no Brasil<sup>7</sup>.

No mesmo ano, foi defendida a tese “Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero”<sup>5</sup>, em que puérperas entrevistadas identificaram as práticas consideradas por elas como violentas e relataram a percepção que tiveram sobre suas experiências de parto e nascimento. Embora estudos prévios sobre violência em instituições de saúde já existissem, os resultados dessas duas pesquisas contribuíram para que o tema passasse a ser mais discutido academicamente. Mas as práticas violentas na assistência ao parto permaneciam ainda muito invisíveis à maioria das gestantes, profissionais de saúde e gestores.

Por outro lado, de maneira complementar e decisiva, a violência institucional durante a assistência ao parto e nascimento passou a ser melhor investigada, no Brasil, por pressão direta do movimento



de mulheres e profissionais em prol da humanização do parto. Mencionar o movimento social é de crucial importância para a compreensão do tema. Até então, as práticas consideradas violentas que aconteciam no âmbito da assistência ao parto eram consideradas formas de violência institucional e, portanto, designadas como “violência institucional em maternidades” ou ainda “violência no parto”. Após a divulgação dos resultados acima mencionados, o movimento social de mulheres, e, especificamente, o de mulheres mães, passou a problematizar coletivamente a questão numa escala ainda não vista anteriormente. Foi quando, pela primeira vez no país, passou-se a utilizar a expressão “violência obstétrica”, cunhada, portanto, pelo movimento de mulheres, e, só a partir de então, incorporada na produção científica nacional atual<sup>1</sup>.

Previamente a isso, a Venezuela foi o primeiro país latino-americano a adotar, em lei de 2007<sup>(\*)</sup>, a expressão “violência obstétrica”, como fruto de reivindicações de parte do movimento feminista local e do processo de reconhecimento institucional da violência contra a mulher como um problema social, político e público<sup>12</sup>. Após isso, o termo “obstetric violence” foi empregado em editorial especial do *International Journal of Gynecology and Obstetrics*<sup>7</sup>. Na lei venezuelana, a violência obstétrica é definida em termos de apropriação do corpo e do processo reprodutivo feminino pelos profissionais da saúde, podendo ser expressa por: tratamento desumanizado, uso abusivo de medicação e conversão do processo natural de nascimento em patologia, com consequente perda da autonomia feminina e impossibilidade de decidir livremente sobre seus corpos e sua sexualidade, o que impactaria negativamente na qualidade de vida da mulher.

De acordo com D’Gregorio<sup>13</sup>, a violência obstétrica estaria presente nas seguintes práticas:

- proibir a mulher de ser acompanhada por seu parceiro ou outra pessoa de sua família ou círculo social;
- realizar qualquer procedimento sem prévia explicação do que é ou do motivo de estar sendo realizado;
- realizar qualquer procedimento sem anuência prévia da mulher;
- realizar procedimentos dolorosos ou constrangedores sem real necessidade, tais como: enema, tricotomia, permanência na posição litotômica, impedimento de movimentação, ausência de privacidade;
- tratar a mulher em trabalho de parto de maneira agressiva, rude, sem empatia, ou como alvo de piadas;
- separar o bebê saudável de sua mãe após o nascimento sem qualquer necessidade clínica justificável.

A violência obstétrica é expressa desde: a negligência na assistência, discriminação social, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional) e violência física (incluindo não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), até o abuso sexual. Também o uso inadequado de tecnologias, intervenções e procedimentos desnecessários frente às evidências científicas, resultando numa cascata de intervenções com potenciais riscos e sequelas, pode ser considerado como práticas violentas<sup>14</sup>.

Segundo Diniz e D’Oliveira<sup>15</sup>, muitas mulheres atendidas nas maternidades brasileiras são desrespeitadas, submetidas a situações humilhantes, “tratadas como cachorros”, e isso é especialmente verdadeiro para mulheres em situações adicionais de vulnerabilidade e discriminação, como é o caso das mulheres negras, usuárias de drogas ou portadoras do vírus HIV. A assistência desrespeitosa

(\*) Texto na íntegra disponível em: [http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley\\_mujer.pdf](http://venezuela.unfpa.org/documentos/Ley_mujer.pdf)

e insegura ao nascimento vai além de ser uma má prática: representa uma forma de violência de gênero e de desrespeito aos direitos humanos<sup>14</sup>.

Domingues et al.<sup>8</sup> sugerem, por meio de relatos de mulheres, que uma experiência positiva de nascimento dos filhos pode significar mudança positiva na história de vida daquela mulher. À luz do que uma boa experiência de parto/nascimento pode produzir, também se podem vislumbrar as possíveis consequências (algumas traumáticas) da violência em um momento de tamanha fragilidade e relevância emocional, como é o nascimento de um filho. Considerando que, em 25% dos partos normais em maternidades, há violência obstétrica, é possível estimar o grande impacto à saúde feminina, física e emocional, que as práticas de assistência obstétrica brasileiras vêm criando.

Embora relatos de percepção negativa da experiência de parto, relacionada à presença de maus-tratos ou tratamentos desrespeitosos, já estejam presentes em estudos há alguns anos<sup>14,16,17</sup>, acessar a percepção da violência sofrida pode ser um árduo trabalho, muitas vezes inviabilizado pela invisibilidade da violência institucional<sup>4,6,7</sup>. A invisibilidade desta forma de violência ocorre em função de diferentes fatores, como: a banalização de condutas pautadas em estereótipos de classe e gênero, que são vistas como “uma brincadeira” pelos sujeitos envolvidos e até esperadas pela paciente<sup>6</sup>; a aceitação e banalização, por parte dos profissionais, de intervenções já consideradas comprovadamente desnecessárias; e a dificuldade que os usuários têm, em geral, de criticar o serviço de saúde e os profissionais que os atenderam, sobretudo no caso da assistência perinatal, onde as mulheres tendem a se sentir aliviadas e agradecidas após o nascimento de um bebê saudável, o que, para elas, compensaria qualquer mau tratamento recebido durante a assistência<sup>8</sup>.

Nos últimos cinco anos, alguns eventos tornaram possível, em escala inédita no Brasil, uma maior discussão, problematização e participação política das mulheres na agenda de saúde sobre seus direitos reprodutivos: as manifestações e ações coletivas organizadas e mediadas pela internet, especialmente via redes sociais. A ampla divulgação, pela mídia tradicional, dos resultados sobre violência obstétrica produzidos pela pesquisa da Fundação Perseu Abramo<sup>7</sup> promoveu, nos grupos de mulheres, especialmente de mulheres mães, conectadas e organizadas via redes sociais, a motivação necessária para falarem sobre o assunto, discuti-lo e incentivarem a inserção do tema na agenda nacional de saúde. Mas, embora pauta de produções científicas incipientes, a temática ainda se mostrava quase completamente desconhecida da população e mídia em geral, invisibilizada pela legitimação do conhecimento médico hegemônico, onde práticas violentas e agressivas continuavam presentes na assistência obstétrica, eram perpetuadas como “praxe” e justificadas, também, pela impunidade relativa do saber/prática médico-hospitalar. Para levar a questão à agenda política de maneira mais contundente do que vinha acontecendo, era preciso, antes, promover a discussão sobre o significado da expressão “violência obstétrica” entre as próprias mulheres usuárias dos sistemas de saúde, problematizá-la, tirá-la do véu invisibilizador que a tornava presença silenciosa, mas, nem por isso, menos negativamente atuante, pelas próprias gestantes, puérperas e mães que, apesar de serem ou terem sido vítimas, muitas vezes, não as reconheciam como violência.

### **Ciberativismo como ferramenta de quebra da invisibilidade e mobilização contra a violência obstétrica**

Há poucos anos, a comunicação mediada pela internet ainda era considerada um fenômeno muito recente para contemplar estudos acadêmicos profundos. Hoje, esse panorama mudou. Guedes<sup>18</sup> afirma que o assunto ganhou corpo na comunidade acadêmica e percebeu-se que as proporções são grandes demais para serem tratadas como futuros objetos de investigação. Um grande número de trabalhos acadêmicos tem surgido com o intuito de investigar as relações existentes e mediadas pelo uso da internet, nas diversas áreas do conhecimento. Esses estudos tratam tanto da questão do uso da internet como um fim em si mesmo, quanto como fonte de informações ou meio de acesso a dados que, de outra maneira, não poderiam ser acessados, ou tornaria o acesso praticamente inviável. Ou seja, a internet aparece agora como método, estratégia e ferramenta de ação<sup>18</sup>.

A internet possui papel de destaque entre as demais mídias, tanto em função das inúmeras possibilidades que permite quanto por tornar possível que o usuário não seja apenas um receptor

passivo da informação, e, sim, interaja ativamente com ela, muitas vezes, a produzindo. Segundo Castells<sup>19</sup>, a internet vem impactando e impactará ainda mais a vida global, alterando a vida de todos e determinando uma nova forma de organização social.

No contexto latino-americano, duas características tornam o uso da internet uma ferramenta de ação ainda mais estratégica: o fato de ser uma das regiões mais conectadas digitalmente no mundo e, simultaneamente, ser das mais violentas. Para Muggah e Diniz<sup>20</sup>, tais características têm levado os governos e a própria sociedade ao desenvolvimento e aplicação de abordagens inovadoras para combater as diferentes formas de violência, utilizando, justamente, a expansão da conectividade. Tais autores afirmam que as chamadas novas tecnologias de informação e comunicação (TICs) têm sido, inclusive, utilizadas para dar e fortalecer a voz dos cidadãos. Isso se torna ainda mais relevante quando tais cidadãos compõem grupos historicamente oprimidos e cujos direitos vêm sendo sistematicamente negligenciados, e que, hoje, também mediados pela conectividade, vêm ganhando maior representatividade e fortalecimento de suas demandas, como é o caso das mulheres, especialmente das mulheres mães.

Muggah e Diniz<sup>20</sup> afirmam que o uso mais dinâmico e inovador das TICs na promoção da redução e prevenção da violência não vem sendo desenvolvido nem pelas autoridades públicas, como seria de se esperar, nem por atores envolvidos com segurança, mas, sim, a partir de indivíduos socialmente engajados, institutos de pesquisas, universidades e ONGs:

Parece haver mais e mais exemplos de mídias sociais trazendo à tona histórias que previamente não eram contadas, incluindo aquelas que revelam o quanto populações vulneráveis e carentes de serviços sofrem com a violência. As novas mídias transmitem informação mais rapidamente do que meios tradicionais, oferecendo frequentemente o apoio de recursos visuais e de relato em tempo real, o que provoca uma revolução fundamental nas maneiras pela qual a informação é produzida, consumida e disseminada<sup>20</sup>. (p. 20)

E,

Existe uma mudança notável na abordagem que cidadãos estão empregando para relatar e denunciar casos de violência. [...] Alguns defensores do uso das TICs – especialmente o que chamamos de “curadores cívicos” de mídias sociais em redes horizontais – estão adotando estratégias cada vez mais proativas para reduzir os níveis de violência. Mais do que serem meros “tuiteiros” passivos, eles são em muitos casos cidadãos engajados em denunciar injustiças<sup>20</sup>. (p. 23)

A área da saúde é uma das poucas, no que diz respeito ao ciberespaço, em que o número de usuários do sexo feminino é dominante<sup>21</sup>. São as mulheres, também, quem, de maneira geral, mais destacam a importância da internet como ferramenta para comunicação<sup>22</sup>. Nesse contexto, Gallagher<sup>23</sup> afirma que a questão do acesso das mulheres ao meio digital tem sido uma das prioridades de atores políticos globais, que consideram que se trata de uma ferramenta crucial para o empoderamento feminino. Tal empoderamento é questão central na promoção da saúde. Para Garbin et al.<sup>24</sup>, a divulgação de informação, educação para a saúde e intensificação das habilidades vitais pode e deve contribuir para o desenvolvimento de habilidades pessoais a serem empregadas na promoção da saúde, e o uso de diferentes tecnologias informativas poderia estar, também, a serviço deste fim. Reforçam a noção de que o empoderamento que se busca como estratégia para a promoção da saúde está definitivamente relacionado ao aumento das possibilidades que os indivíduos e as comunidades têm de exercer controle sobre sua própria saúde, de acordo com o que recomenda a Carta de Ottawa. Nessa perspectiva, os cidadãos não podem realizar seu potencial de saúde se não forem capazes de influenciar, significativamente, os fatores que nela interferem. E o acesso à informação sobre os diferentes elementos que interferem em sua saúde é estratégia fundamental para que os indivíduos adquiram maior controle e poder de decisão sobre tais fatores. Uma vez que as novas tecnologias de informação favorecem, justamente, o maior acesso à informação em saúde, fica fácil perceber a

relação que se estabelece entre o potencial da conectividade e a promoção da saúde, em suas mais diferentes áreas.

Como exemplo deste potencial, duas iniciativas brasileiras ocorridas entre 2012 e 2013 são relatadas a seguir, idealizadas e desenvolvidas totalmente em ambiente de conectividade, utilizando as novas mídias como ferramentas para ação e promoção da saúde, especificamente da saúde da mulher, e tendo a atenção obstétrica como foco: o Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário “Violência obstétrica – a voz das brasileiras”.

### Teste da violência obstétrica

Embora as práticas violentas da assistência ao parto já estivessem em discussão no Brasil desde as décadas de 1980 e 1990, especialmente promovidas pelo movimento em prol da humanização do parto no Brasil, foi apenas entre 2007 e 2010 que o termo “violência obstétrica” passou a ser utilizado no país, com seus conteúdos e circunstâncias associadas ainda permanecendo em grande invisibilidade e/ou sendo naturalizadas por grande parte das gestantes, profissionais da saúde, gestores e população em geral. Tal invisibilidade dificultava a discussão e o planejamento de ações de enfrentamento, uma vez que a coletividade não compreendia exatamente no que consistia esta forma de violência. Até então, tanto a mídia tradicional quanto a própria sociedade, especialmente as usuárias dos serviços de saúde, questionavam ativistas, profissionais da saúde e pesquisadores sobre o que, de fato, vinha a ser a expressão “violência obstétrica”. A compreensão do conceito ainda estava muito circunscrita aos grupos de alguma forma envolvidos no movimento em prol da humanização do parto – profissionais da obstetrícia e da saúde pública em sua maioria, como discutido anteriormente. De maneira geral, a coletividade ainda não compreendia o conceito, não reconhecia as práticas envolvidas e tais desconhecimentos contribuíam para certa desconfiança ou descrença em sua real existência.

Motivadas por essas questões e com o objetivo de estimular mulheres a avaliar a qualidade da assistência ao parto recebida, ativistas pela humanização do parto no Brasil<sup>(d)</sup> idealizaram e promoveram, em 2012, um levantamento informal para o qual deram o nome de “Teste da Violência Obstétrica”. À época, uma era coautora do blog Parto no Brasil<sup>(e)</sup> ativo de dez/2009 a mar/2014, e outra era autora do blog Cientista que virou mãe<sup>(f)</sup>, ainda ativo. Juntos, os blogs alcançavam milhares de gestantes, além de mães, profissionais da saúde e demais leitores, e, assim, utilizaram a conectividade para realizar a intervenção por meio de relativamente amplo acesso a um público que já havia passado pela experiência de parto/nascimento.

Em 8 de março de 2012, Dia Internacional da Mulher, o teste foi disponibilizado *online* simultaneamente em mais de setenta blogs, num esforço conhecido por Blogagem Coletiva, quando diferentes blogs e sites participam de uma ação coordenada a fim de ampliar seu poder de alcance. O teste consistiu na avaliação, pelas mulheres, dos cuidados recebidos durante a internação para o parto e nascimento nas maternidades. O questionário compreendeu 15 questões de múltipla escolha, contendo questões de caracterização sociodemográfica e questões relacionadas ao atendimento recebido durante o pré-parto, parto e pós-parto imediato.

Os resultados do teste foram tornados públicos em diversos veículos da mídia tradicional e alternativa, atingindo grande divulgação, especialmente via Agência Pública de Reportagem e Jornalismo Investigativo<sup>(g)</sup>. Em apenas três dias, foram

<sup>(d)</sup> Ana Carolina Arruda Franzon e Ligia Moreiras Sena, com o apoio da jornalista/blogueira e ativista pela humanização do parto Fernanda Andrade Café.

<sup>(e)</sup> Disponível em: <http://www.partonobrasil.com.br>

<sup>(f)</sup> Disponível em: <http://www.cientistaqueviroumae.com.br>

<sup>(g)</sup> Resultados tornados públicos podem ser vistos em [http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados\\_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o\\_Diagramada\\_Vers%C3%A3o-final.pdf](http://www.apublica.org/wp-content/uploads/2013/03/Divulga%C3%A7%C3%A3o-dos-resultados_-Apresenta%C3%A7%C3%A3o_Diagramada_Vers%C3%A3o-final.pdf)

recebidas mais de mil respostas, cada uma avaliando um parto/nascimento. O teste permaneceu aberto durante 38 dias e, neste curto prazo, foram avaliados um total de 1.966 nascimentos, resultado considerado excelente para ações utilizando a internet como ferramenta. Embora realizado de maneira informal, o teste foi utilizado para estimular a discussão sobre a violência obstétrica junto às mulheres e a diferentes setores da promoção e atenção à saúde da mulher, e revelou resultados muito semelhantes aos que as pesquisas vêm mostrando sobre a qualidade da assistência ao parto no Brasil, segundo as organizadoras: 52% dos partos/nascimentos avaliados foram cesarianas; mais de 40% das mulheres se consideraram desrespeitadas pela equipe de saúde; 25% delas declararam terem sofrido episiotomia; 75% não puderam se movimentar durante o trabalho de parto ou precisaram se manter deitadas durante o nascimento do filho; quase 50% das mulheres não puderam ter acompanhante, ainda que tal direito seja garantido pela lei federal número 11.108; apenas 18% das mulheres puderam e foram incentivadas a amamentar na primeira hora de vida dos bebês; 47% das mulheres se sentiram felizes pela chegada do filho, sentimento que foi diminuído em função das violências que sofreram; e, por fim, para metade das mulheres da amostra, as dificuldades que viveram no pós-parto e puerpério estiveram relacionadas à forma como seus partos aconteceram.

Organizados e compilados, os resultados foram tornados públicos em 21 de maio do mesmo ano, também nos mais de setenta blogs e sites inicialmente envolvidos. Os resultados desta ação informal, chocantes pelo que revelavam, chamaram a atenção da mídia tradicional, que, por meio de matérias em rádios, revistas e televisão<sup>(h,i,j)</sup>, sensibilizou a opinião pública para algo que o movimento pela humanização do parto e alguns setores acadêmicos já vinham discutindo intensamente: a violência obstétrica.

### **Violência obstétrica - a voz das brasileiras"**

Ainda em 2012, as mesmas ativistas, lideradas pela também pesquisadora Bianca Zorzam, promoveram uma segunda intervenção utilizando a conectividade e as TICs, visando novamente contribuir para a desnaturalização e quebra da invisibilidade da violência obstétrica. Em um movimento via redes sociais e blogs, mulheres que passaram por situação de violência em seus partos foram convidadas a gravar um pequeno vídeo, de, no máximo, cinco minutos, falando sobre as violências que viveram no nascimento de seus filhos, em maternidades brasileiras.

Mais de vinte mulheres que se reconheceram como vítimas de violência obstétrica enviaram voluntariamente vídeos e/ou fotos sobre o parto/nascimento de seus filhos. O material recebido foi decupado e, a partir disso, foi produzido um videodocumentário popular intitulado "Violência obstétrica – a voz das brasileiras", hospedado para livre acesso na plataforma de vídeos Youtube, podendo ser assistido por qualquer pessoa com acesso à internet<sup>(k)</sup>.

O documentário foi submetido e aceito para a sessão de comunicações orais do X Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, em Porto Alegre, em novembro de 2012. Em função da sensibilização que promoveu na sessão de comunicações orais, foi concedido, à equipe organizadora, um horário de apresentação pública na Tenda Paulo Freire, espaço central de apresentação de vídeos relacionados à saúde coletiva no mesmo congresso. Tal apresentação reuniu mais de cinquenta pessoas, as quais foram impactadas pelas imagens e relatos presentes no documentário. Logo após o congresso, o documentário foi amplamente divulgado via mídias sociais e blogs, o que novamente chamou a atenção da opinião pública via mídia tradicional. Em poucos dias, foi considerado um dos vídeos mais

<sup>(h)</sup> Vide: <http://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/2012/03/um-quarto-das-mulheres-brasileiras-sofre-algum-tipo-de-violencia-na-hora-do-parto>

<sup>(i)</sup> Vide: <http://delas.ig.com.br/filhos/2012-06-04/pesquisa-mostra-violencia-contra-mulher-durante-o-parto.html>

<sup>(j)</sup> Vide: <http://saudenacomunidade.org/2014/10/01/resc2014-e39/>

<sup>(k)</sup> Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=eg0uvonF25M>



vistos daquela semana na plataforma Youtube, categoria “sem fins lucrativos/ativismo”, alcançando grande repercussão em todo o país, contribuindo para a quebra da invisibilidade do tema, à medida que se tornou objeto de diversas matérias jornalísticas por todo o Brasil<sup>(l,m,n,o)</sup>. Em 2013, foi considerado, pelo júri popular, como o melhor documentário apresentado no Seminário Internacional Fazendo Gênero, contribuindo para a ampliação da discussão do tema sob uma perspectiva feminista e de gênero, e continua a ser frequentemente assistido e debatido, tendo sido acessado mais de cento e noventa mil vezes até abril de 2016. Após sua apresentação em diferentes congressos e seminários, o documentário passou a ser apresentado em cursos de graduação da área médica, audiências públicas e outras reuniões, com o objetivo de discutir e dar voz às mulheres vítimas de violência obstétrica no Brasil.

### Reflexões sobre as experiências

Castells<sup>19</sup> afirma que a comunicação global mediada pelo novo sistema eletrônico, que permite a integração dos meios de comunicação e a interatividade entre grande parte dos segmentos sociais, está mudando e mudará para sempre nossa cultura. O novo espaço de mídia criado, o qual passa a ser visto como mídia não tradicional, interfere de maneira decisiva no exercício do poder e nas oportunidades de participação que os cidadãos passam a ter na vida política de seu país.

O intenso envolvimento e participação das mulheres em ambas as ações descritas, tanto das que atuaram como divulgadoras/apoiadoras quanto das que ofereceram seus relatos de violência na assistência ao parto no Brasil, mostrou exatamente isso: que acessar a internet como meio de comunicação tem sido válido para evidenciar violências antes não problematizadas e, assim, contribuir para mudanças políticas importantes e urgentes, especificamente no campo da saúde.

As ações relatadas contribuíram para fortalecer a reivindicação dos direitos que as mulheres têm de serem bem atendidas e assistidas durante o parto e nascimento de seus filhos, como proposto, inicialmente, nas décadas de 1980 e 1990, pelo movimento em prol da humanização do parto no Brasil; e que vai na mesma direção dos movimentos atuais de reivindicação do direito de escolher e controlar seus corpos e suas vidas, vividos com ainda maior intensidade no Brasil no ano de 2015, no movimento que ganhou o nome de “Primavera das Mulheres”.

As redes de conectividade têm contribuído para o fortalecimento e a promoção de ações políticas femininas no sentido de exigirem mudanças legislativas que promovam a erradicação da violência. Gonçalves<sup>25</sup> afirma que, ao fortalecer as redes, fortalecemos diretamente a participação política das mulheres; e que, com a expansão do acesso à rede mundial de computadores, as informações e as trocas de experiências podem estar ao alcance de um maior número delas, as quais, mais informadas e mais conscientes sobre seus corpos e sua saúde, podem exigir mudanças no sistema. Assim, o empoderamento feminino promovido por ações coletivas como as descritas neste relato pode auxiliar as mulheres a exigirem mudanças fundamentais e urgentes na assistência ao parto no Brasil.

O Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário “Violência obstétrica – a voz das brasileiras” contribuíram para que um maior número de mulheres pudessem refletir sobre a qualidade da atenção que receberam em seus partos e manifestassem o desejo de compartilhar tais reflexões. Mais

<sup>(l)</sup> Vide: <http://www.viomundo.com.br/blog-da-saude/saude/violencia-obstetrica-em-video-brasileirasdenunciam-abusos-maus-tratos-e-sofrimento-nas-maos-de-profissionais-de-saude.html>

<sup>(m)</sup> Vide: <http://www.ebc.com.br/noticias/colaborativo/galeria/videos/2013/03/violencia-obstetrica-a-voz-dasbrasileiras>

<sup>(n)</sup> Vide: <http://g1.globo.com/sp/campinas-regiao/noticia/2013/05/unicamp-exibe-documentario-sobreviolencia-obstetrica-nesta-quinta.html>

<sup>(o)</sup> Vide: <http://www.redehumanizausus.net/66801-violencia-obstetrica-a-voz-das-brasileiras>



do que isso: mostraram que mulheres estão criando estratégias de enfrentamento da violência obstétrica, denunciando os maus-tratos recebidos e exigindo a elaboração e cumprimento de políticas públicas que visam coibir e combater as práticas violentas de atenção ao parto/nascimento no Brasil, evidenciadas há mais de trinta anos. No entanto, para que políticas públicas efetivas possam ser propostas e mudanças possam ser realizadas, é preciso conhecer, de fato, a realidade da assistência ao parto e esmiuçar, ainda mais, o contexto da violência obstétrica no Brasil. Para isso, acessar as experiências das mulheres sobre o que elas mesmas viveram no nascimento de seus filhos torna-se uma ferramenta de fundamental importância no contexto da desmedicalização e humanização do parto e nascimento.

Utilizar a internet como ferramenta para promover a conscientização, discussão e quebra da invisibilidade da violência obstétrica também é estratégico em função dos benefícios que a participação em ações via internet pode trazer às mulheres que a viveram. Beck<sup>26</sup>, em estudo sobre o parto traumático, apontou os benefícios, para a mulher, de participar de ações mediadas pela internet, tais como: ser ouvida e reconhecida em sua dor; diminuir o sentimento de solidão; utilizar a lembrança dos eventos traumáticos que viveu como elaboração mental e emocional do vivido; empoderamento, por sentir que alguém “lhe deu voz”; além de se sentir contribuindo para que outras mulheres não vivam o que ela mesma viveu.

## Considerações finais

O Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário “Violência obstétrica – a voz das brasileiras” contribuíram para mobilizações, debates e reflexões necessários no sentido de ajudar a tirar a violência obstétrica da invisibilidade. Além disso, contribuíram para o engajamento de diferentes setores da coletividade, por meio da comoção gerada pela divulgação de seus resultados na mídia tradicional, na exigência do cumprimento de políticas públicas que ajudem a garantir a segurança e a humanização da assistência ao parto no Brasil, além de incentivar uma agenda política que inclua o enfrentamento da violência obstétrica como estratégia de respeito aos direitos reprodutivos das mulheres. Ademais, tais ações parecem ter fortalecido a eficácia e assertividade da utilização das mídias alternativas mediadas pela internet como ferramenta de democratização da produção e acesso à informação sobre a saúde da mulher, no caso, sobre violência obstétrica, o que é de fundamental importância para que as mulheres possam participar das decisões que dizem respeito aos seus corpos, sua vida e sua saúde. Os resultados produzidos por ambas as ações incentivam novos usos da internet não somente como estratégias para a promoção da saúde da mulher, maior empoderamento feminino e participação política, como, também, para novas pesquisas sobre o tema.

### Colaboradores

Ligja Moreiras Sena participou ativamente da redação e discussão dos resultados; Charles Dalcanale Tesser: participou da revisão e aprovação da versão final do trabalho, com sugestões de melhoria e complementação.

### Referências

1. Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo, HFA, Carvalho PGC, Carvalho, PCA, Aguiar CA, et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2015; 25(3):377-84.
2. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015; 10(35):1-12.
3. Venturi G, Godinho T. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública. São Paulo: Fundação Perseu Abramo e Editora SESC SP; 2013.
4. Tornquist CS. Parto e o poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
5. Aguiar JM. Violência institucional em maternidades públicas: hostilidade ao invés de acolhimento como uma questão de gênero [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
6. Aguiar JM, D'Oliveira AFPL. Violência institucional em maternidades públicas sob a ótica das usuárias. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):79-91.
7. Venturi Júnior G, Aguiar JM, Hotimsky SN. A violência institucional no parto em maternidades brasileiras: uma análise preliminar de dados da pesquisa de opinião pública Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado – 2010. In: 7o Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal; 2011; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras; 2011. p. 1-6.
8. Domingues RMSM, Santos EM, Leal MC. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. *Cad Saude Publica*. 2004; 20 Suppl 1:552-62.
9. Ministério da Saúde (BR). Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde, MS; 2001.
10. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: ponderações sobre políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2009; 13(1):759-68.
11. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet*. 2005; 10(3):627-37.
12. Souza SA. Leis de combate a violência contra a mulher na América Latina: uma breve abordagem histórica [Internet]. In: Anais do 27o Simpósio Nacional de História; 2013; Natal. Natal: Associação Nacional de História; 2013 [citado 1 Dez 2015]. Disponível em: [http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371348947\\_ARQUIVO\\_TextoAnpuhNatalSuellen.pdf](http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371348947_ARQUIVO_TextoAnpuhNatalSuellen.pdf)
13. D'Gregorio RP. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet*. 2010; 111(3):201-2.
14. D'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet*. 2002; 359(9318):1681-5.
15. Diniz SG, D'Oliveira AF. Gender violence and reproductive health. *Int J Gynaecol Obstet*. 1998; 63 Suppl 1:533-42.
16. Hoga LAK, Félix CCP, Baldini P, Gonçalves RC, Silva TRA. Interpersonal relationship: important birth care factor according to the evaluation by the mothers [Internet]. In: Proceedings of the 8th Brazilian Nursing Communication Symposium; 2002; São Paulo. São Paulo: USP/EERP; 2002 [citado 9 Set 2016]. Available from: [http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=MSC0000000052002000100049&lng=en&nrm=abn](http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100049&lng=en&nrm=abn).

17. Gomes AMA, Nations MK, Luz MT. Pisada como pano de chão: experiência de violência hospitalar no Nordeste Brasileiro. *Saude Soc.* 2008; 17(1):61-72.
18. Guedes PR. A internet, as redes sociais e as relações pessoais [trabalho de conclusão de curso]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2010.
19. Castells M. A era da informação: economia, sociedade e cultura. 9a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006. (A sociedade em rede, vol. 1).
20. Muggah R, Diniz G. Prevenindo a violência na América Latina por meio de novas tecnologias [Internet]. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé; 2014 [citado 1 Dez 2015]. Disponível em: [http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06\\_Prevenindo-violencia.pdf](http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-06_Prevenindo-violencia.pdf)
21. Soares MC. Internet e saúde: possibilidades e limitações. Ver *Textos CiberSociedad* [Internet]. 2004 [citado 23 Abr 2011]. Disponível em: <http://www.cibersociedad.net/textos/articulo.php?art=51>
22. Schneider H. Diferenças entre homens e mulheres no uso e na percepção de valor da internet [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
23. Gallagher M. Unequal opportunities: the case of women and the media. Paris: Unesco; 1981.
24. Garbin HBR, Guilam MCR, Pereira Neto AF. Internet na promoção da saúde: um instrumento para o desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais. *Physis.* 2012; 22(1):347-63.
25. Gonçalves AO. Da internet às ruas: a marcha do parto em casa [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2014.
26. Beck CT. Birth trauma in the eye of the beholder. *Nurs Res.* 2004; 53(1):28-35.

Um quarto das brasileiras que vivem partos normais referem ter sido vítimas de violência e/ou maus-tratos nas maternidades, a chamada violência obstétrica. Nos últimos anos, ações mediadas pela internet, via redes sociais, e impulsionadas pelo movimento social de mulheres, especialmente mulheres mães, tornaram possível uma maior discussão e participação política na agenda de saúde sobre direitos reprodutivos. Este artigo relata duas iniciativas desenvolvidas em ambiente de conectividade, utilizando as novas mídias como ferramenta: o Teste da Violência Obstétrica e o videodocumentário “Violência obstétrica – a voz das brasileiras”. As ações contribuíram para dar voz ativa às mulheres no combate à violência obstétrica; mostraram que as novas tecnologias de informação constituem importantes ferramentas de promoção da saúde da mulher e atestaram o grande potencial da internet para evidenciar violências antes pouco problematizadas, incentivando a realização de novas pesquisas na área.

*Palavras-chave:* Violência obstétrica. Ciberativismo. Violência no parto. Tocológia. Saúde da mulher.

#### **Violencia obstétrica en Brasil y ciberactivismo de mujeres madres: relato de dos experiencias**

La cuarta parte de las brasileñas que tienen partos normales declaran haber sido víctimas de violencia o malos tratos en las maternidades, la denominada violencia obstétrica. En los últimos años, acciones mediadas por internet, vía redes sociales, e impulsadas por el movimiento social de mujeres, especialmente mujeres madres, hicieron posible una mayor discusión y participación política en la agenda de salud sobre derechos reproductivos. Este artículo relata dos iniciativas desarrolladas en ambiente de conectividad, utilizando los nuevos medios como herramienta: el Test de la violencia obstétrica y el video-documental “Violencia obstétrica – la voz de las brasileñas”. Las acciones contribuyeron para darles voz activa a las mujeres en el combate a la violencia obstétrica, mostraron que las nuevas tecnologías de información constituyen importantes herramientas de promoción de la salud de la mujer y mostraron el gran potencial de internet para mostrar violencias antes poco problematizadas, incentivando la realización de nuevas investigaciones en el área.

*Palabras clave:* Violencia obstétrica. Ciberactivismo. Violencia en el parto. Tocológia. Salud de la mujer.

#### **Obstetric violence in Brazil and cyberactivism of mothers: report of two experiences**

In Brazil, a quarter of the women experiencing vaginal delivery have reported to be victims of violence and/or abuse in hospitals, something called obstetric violence. In recent years, Internet-mediated actions conducted by women’s social movements, and specifically mothers, fostered deeper debates and political participation on health and reproductive rights. This article reports two initiatives that use connected environments and new media as tools: the Obstetric Violence Test and the video documentary “Obstetric violence – the voice of Brazilian women”. These actions have contributed to the replacement of the silence by the active voice against obstetric violence; they showed that new information technologies are very important tools in women’s health promotion and bear witness to the great potential of the internet to highlight not previously problematized violence, thus encouraging new research in the area.

*Keywords:* Obstetric violence. Cyberactivism. Violence birth. Midwifery. Women’s health.

Submetido em 31/05/16. Aprovado em 22/08/16.

# Politics of life itself and the future of medical practices: dialogues with Nikolas Rose (Part 3)\*

Sergio Resende Carvalho<sup>(a)</sup>  
Ricardo Rodrigues Teixeira<sup>(b)</sup>



This is the third and last interview with Nikolas Rose which we sought to explore important aspects of his wide academic production. At the first interview<sup>1</sup> we explore aspects about State, Public Policy and Health and their relation with the concept of governmentality. On the second<sup>2</sup> on we discussed the role of psy's knowledge and practices in the government of conduct. In this last one we had the opportunities to reflect with Rose on his current researches about the transformations of life sciences, biomedicine, neurosciences relating those changes with the clinical practices and their impact upon the Health Systems.

\* Texto produzido durante pós-doutorado realizado pelo autor principal no King's College of London (2013-2015), sob os auspícios da Capes/Ciências Sem Fronteira.

<sup>(a)</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. 13083-887. sresende@fcm.unicamp.br

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ricarte@usp.br

## POLITICS OF LIFE ITSELF AND A NEW STYLE OF THOUGHT

**After affirming that “the truth discourse of contemporary genomics no longer sees genes as the hidden entities that determine us” and that new technologies had open “the gene” to knowledge and technique at the molecular level”, you affirm that we are entering a new ‘style of thought’ (ways to think, see and intervene) where the molecularization of vitality is central to it, that at this molecular level life itself has become open to politics, that biology is not destiny but opportunity. Can you detail this idea for us?**

Well, there are two parts to that question. The first part is about determinism and biological determinism. So let me start by saying a little bit about that. I suppose genetics is the clearest example of the retreat of biological determinism. Genetic determinism, the idea that the complement of genes with which an individual is born shapes inescapably their capacities, both physical and mental, has if not completely disappeared at least become significantly weakened. We know that this idea that the gene is like a single unit of DNA and all the genes are stretched out like beads on a string on the chromosomes and that each gene determines a particular protein which creates a particular characteristic. We know that this idea has been disproved by developments in genomics following the human genome project. So now we know that humans do not have 100 000 or perhaps even 300 000 genes that were hypothesized. They have about 20 to 25 000 coding sequences, and that these sequences are spread across many parts of the genome, they can be read in many different ways and what’s crucial is not so much the genes, but how they are activated. Secondly, we know, and this is now becoming a cliché of what’s called epigenetics, we know that what’s crucial is not the DNA that you are born with, but how this is activated or de-activated across a lifetime in a process called methylation which enables the DNA sequence to produce its effects. We know that these epigenetic processes are shaped in all sorts of ways by the relationship between the organism and its milieu. In fact, developmental geneticists have known this for many decades, but now this has become a much more salient way of trying to understand how genes are expressed in organisms across a lifetime. All these and many other developments suggest that genetic determinism, as a general programme for understanding not only biological organisms but their destiny is no longer the style of thought that characterises contemporary genetics.

So that’s the first thing, and I think that one can see this move away from biology as destiny to biology as opportunity in a whole series of other areas. For instance, in the arguments about stem cells, for instance in the arguments about the capacity to transplant organs, the modulation of reproductive capacities by all sorts of new technologies and so on.

My argument has been, which I spelt out quite a lot of detail in that book *The Politics of Life Itself*<sup>3</sup>, rather than biology being destiny, biology is opportunity. In fact the more biological something is, the more malleable it is, at least that’s a cliché, but suggests a kind of way of thinking. Consider for instance the recent successful birth of a child through the transplant of a womb from a friend to a woman who did not have the capacity to reproduce. Consider face transplants, consider the use of drugs to modulate all sorts of human capacities, whether it’s Viagra, whether it’s the so called cognitive enhancers. All these things suggest that the more we know about the biological basis of any particular characteristic, the more we can reverse engineer it and work out the molecular or biological underpinnings of that characteristic. Or at least that is the dream – in principle the more we know, the more we are able to intervene. The political debates that this gives rise to are well known - disputes about enhancement, debates about reproductive technologies, disputes about the ethics of life extension. Such disputes about the organisation of vitality itself become central to contemporary politics; euthanasia, the maintenance of the life of babies born with severe disabilities, there are multiple areas where one sees this.



It is not only that biology is now conceived as opportunity, but around those opportunities a whole series of new kinds of political disputes have formed. These disputes, this politics of life is intrinsically intertwined with the economics of life because the opening up of these vital processes to intervention has also become a field for rather intense capitalisation by the pharmaceutical industries, the medical devices industries and so on. So there is a new intertwining between forms of knowledge and techniques of intervention, modes of capitalisation, political and ethical disputes, an intriguing new field for analysis.

## SOMATIC AND PSYCHOLOGICAL INDIVIDUALS

**What do you mean in your studies by 'somatic individuals'? Is the psychological individual disappearing in this new bio-politics of life? What do you consider as the main pathways to reinvent ourselves today: the psy or the molecular approaches?**

I used the term somatic individuals to try to point to the ways in which human beings are increasingly engaged with understanding and managing their soma, their bodies and their corporeal existence. Of course, human beings have long tried to manage their fitness, control their diet, all sorts of regimes for improving their physical status and their forms of life - we can see this going back at least to the Greeks. What I was trying to point to in this idea of the somatic individual is the way in which, in least in part, the management of our corporeal existence has become one of the central ethical demands of our present, no longer a matter of choice for the elite or those adhering to a particular cult of the body, but one of the central ways in which everyone is obliged to manage our everyday lives and existence in terms of diet, in terms of alcohol intake, in terms of exercise, in terms of the use of drugs of various sorts to modulate bodily processes, whether they are the statins to reduce the risk of heart attack or stroke or the drugs to manage our sexuality as in Viagra. This has become a key ethical demand on us, investing the ways we frame our existence and manage our everyday lives with concerns – framed in the language of experts of various sorts - about the maintenance and management of our corporeal selves.

It would be tempting to say the decline of religious ethics and the rise of somatic ethics are linked in some way: one does certainly see the rise of these somatic practices of the self in those areas of the world where religious beliefs are declining or becoming less salient for managing everyday existence. Is the idea of psychological individuality disappearing? No, I don't think it is disappearing, I think it's being supplemented by these other ways of thinking about managing our bodies and our brains. This is the argument that I made in that book *Neuro4*: it is not that human beings have become brains, it is that human beings have brains, they can understand their brains, they can work on their brains, they can manage their brains. The managing of one's neuro-biological existence becomes part of managing one's somatic existence. But the person who does this managing is still understood in terms of a set of psychological characteristics, and hence open to psychological interventions which are designed to change the ways in which they manage their biological and neuro-biological capacities.

## A NEW RELATION BETWEEN THE SOCIAL SCIENCES AND LIFE SCIENCES

**You defend an idea in your last works that `no longer are social theories thought progressive by virtue of their distance from the biological. Indeed the reverse assumption is common – it seems that ‘constructivism’ is passé’, the linguistic turn has reached a dead end and a rhetoric of materiality is almost obligatory`. Can you give us your arguments for this provocative assertion, and why you think this changed style of thought offer new opportunities for a new relationship between the human sciences and the life sciences?**

Well at one level the argument that reference to biology is no longer forbidden in so called progressive social theories, is just an empirical fact. You can see that in the new feminist materialisms that aim to take the biological organisation of the human being seriously. You can see it in the rise of the so called ‘affect theories’, which look to neuroscience, or a certain version of neuroscience, to understand the role of non-rational and non-conscious forces in shaping human collectivities and human aspirations, human decisions and human desires. So at one level it is simply an observation on the way in which progressive social theories, or theories that consider themselves to be progressive, are developing. On the other hand, I have argued that there are indeed opportunities for the human sciences in the changing styles of thought within the life sciences themselves. The life sciences themselves are mutating: we see this in genetics with debates about epigenetics, we see this in neuroscience with the rise of ideas about neurogenesis and neuroplasticity. The life sciences are beginning to recognise that to understand the organism you have to locate that organism, on the one hand in its milieu and, on the other hand along the axis of time. You need to grasp how that organism develops in highly complex ways in interaction with everything that surrounds it and everything it experiences.

It’s true however that the conceptions of the environment or the milieu, and the analyses of the ways in which these environmental factors shape the life of organism are rather simplistic. This does offer an opportunity for a new relationship. The life sciences – if I can use that over-general term as shorthand - having once recognized that they have to understand organisms as they develop in their milieu, open a space for the human sciences to begin to introduce arguments and evidence about that milieu. We can then ask how those features of the milieu that have been so central to the human sciences - inequality, exclusion, injustice, racism and so on - get inscribed within the body itself. In other words, the human sciences, like the life sciences, have to realise that the organism exists only in and through its milieu; the human sciences have to realise that the entities with which they’re concerned, human beings, individually and collectively, are living vital creatures, whose lives and opportunities and disadvantages and ailments are intrinsically shaped by the way in which all those environmental forces act and transform and mark their bodies and souls.

That’s why I believe there are opportunities for a new relationship. It’s a difficult relationship. There are all sorts of differences of power between the life sciences and the human sciences. There are all sorts of quite understandable anxieties about colonisation of the human sciences by a powerful set of biological arguments. There are still concerns about biological reductionism and determinism. There are understandable criticisms of the way in which the environment is so highly simplified in much argument in the life sciences. And of course there are some sectors of the life sciences that are still pretty resolutely reductionist. One certainly sees this in recent developments in neuropsychiatry for instance that devote all their energies to exploring the genetic and the neurobiological basis of psychiatric ailments, effectively excluding all the other things, the environmental, the biographical, the historical, the cultural, the linguistic – all these are pushed to a kind of exterior. So there are many challenges, which is why it is an interesting moment.

## CLINICAL CHANGES

**As Foucault had taught us “the epistemological, ontological, and technical reshaping of medical perception ‘comes’ through the interconnections of changes along a series of dimensions, some of which seem, at first sight, rather distant from medicine”. In this sense do you think there is an epistemological, ontological, and technical reshaping of medical perception nowadays in the UK and at in developed industrial countries? Do you think that the ‘golden age’ of clinical medicine has ended?**

Things are changing, but we should probably be not too epochal about it, not think that suddenly there is a change from one way of doing things to another way of doing things. We are certainly no longer in the golden age of clinical medicine, if by that one means the untrammelled power of the doctor, who alone is able to diagnose, who alone is able to prescribe the treatment, who alone is able to understand the nature and the basis of the illness that is being seen. That was a period when medical knowledge, clinical vision, and technical skills were all integrated in the person of the doctor. That moment has gone. Clearly these days doctors rely upon a whole series of forms of expertise which they themselves do not possess. Whether they are the tests that are carried out in the laboratories, whether they are the genetics that they use but they don't undertake, whether they are the robotic technologies that they use for their interventions etc. etc. Let alone all the modes of management of health and illness which happen outside that clinical encounter between the doctor and the patient.

So in that sense, the golden age of the clinic, as it was described in *The Birth of the Clinic* had indeed changed, mutated. But I don't think that necessarily means that the crucial role of the doctor has been effaced. Even in the wonderful medical innovations that one sees, whether these are face transplants, womb transplants etc. the role of the doctor remains crucial, and the power of the doctor, at least in public perception, is also crucial. The doctor as a wise person, the doctor as a person with crucial technical skills, the doctor as the person who really is able to give dispassionate yet caring advice on how to manage one's health and illness. I think a lot of those things still remain. So what one sees is not a radical epochal change, but mutations at many different levels. Foucault showed that *The Birth of the Clinic* arose at the confluence of developments on a number of different dimensions; so one sees this reshaping also arising at the confluence of changes along a number of different pathways. Let me take one small example, the rise of the empowered patient, free to choose, which to some extent is a reflection in the medical domain of a much wider shift in relations between experts and their subjects. It doesn't arise initially from within medicine, but once it has arisen it is incorporated in medicine and transforms the relationship between the doctor and the patient. Not just in general medicine but also in many areas of psychiatry. The technological changes, robotics, computing and so forth, which have enabled a series of new types of medical intervention, also didn't arise initially within medicine, they arose elsewhere but they had major consequences for medical practice. So if one was doing a history of our present, one would have to trace through those dimensions with the same ethos that Foucault demonstrated in *The Birth of the Clinic*.

## THE (RELATIVE) ROLE OF THE BIOMEDICAL MODEL IN THE TRANSFORMATIONS OF MEDICAL PRACTICE

**Do you think that in clinical practice in the UK “the clinical gaze has been supplemented, if not supplanted, by the molecular gaze, which is itself enmeshed in a “molecular” style of thought about life itself”? Can you comment on how these new biotechnologies have impacted different health fields (Hospital Care, Primary Health Care, Research, etc.)?**

Perhaps a way to start here is to talk about the term biomedicine. We don't now think too much about that term biomedicine when we use it, but it implies or embodies a belief that the practice of medicine should be based on a biological understanding of the human organism. That it's through an understanding of the normal and pathological functioning of these vital biological processes or bodies, organs, brains, that medicine should be practised. However we have seen both the success and failure of that belief. Failure, because of the very well-known problems of translation from basic biomedical research into clinical interventions. One sees that most clearly in psychiatry, where we know so much more about the nature of neural processes but we have been unable to translate that into effective clinical interventions. One also sees that in genomics where despite the huge expectations, genomic based interventions into common complex disorders have not had the impact that many anticipated. So, I think while there is a molecular style of thought about life itself, the way in which this moves into clinical practice is highly varied. In many cases it's the aspiration that drives forward medical research, rather than a reality. Research for biomarkers for particular disorders for example, which drives medical research, is a constant aspiration: we wish to find all these biomarkers so we can identify diseases pre-symptomatically and intervene early. And we have seen a succession of announcements - that we have found the biomarker for Alzheimer's disease or whatever it is - which have proved to be premature at best and misleading at worse.

So clinical activities, even in the heartland of clinical medicine, are not overwhelmed by these major biomedical developments, but none-the-less, in more mundane ways, practices and expectations have been reshaped: in the use of anti-immune treatments in transplants, in the success in keeping very premature babies alive, in new modes of intervention into stroke, new ways of treating heart disease and so on. These changes, perhaps more profound when taken together, have occurred rather below the radar of the excitement about the revolutionary transformations in biomedicine.

So that's about the research side of things and the difficult translation between research and practice. To the extent that these are impacting in the other areas you mentioned, for instance, primary health care, we need to do more empirical investigation. It is usually believed, in countries that have developed primary health care systems, that most of the consultations that individuals have with their primary health care physician are about problems which are not necessarily of a medical order, and can not necessarily be resolved by a medical intervention. These everyday miseries that are brought to the doctor are not impacted in those kinds of ways by these developments in biomedicine. Of course, one could point to the use of new - well not so new - anti-depressant drugs. These have become so prevalent as a way of primary health care physicians dealing with the miseries and unhappiness's of their patients. That's one way on which they are intervening and impacting, but perhaps it's not so much their molecular style of thought that gives them their power, it is the old fashioned wish of the doctor to do something for their patient. This wish of the doctor to do something - which obviously is affected by the wish of the patient to have something - also has some major downsides, as we see in the overuse of antibiotic medication. The wish of the patient to have something to take away, the wish of the doctor to give them something to reassure them, leads to great over prescription of these anti-microbials, which as we know is leading to severe problems of resistance. There are interesting questions here, about the relations between these old clinical realities and the new biopharmaceutical realities - and the reshaping of bodies by medicine itself.

In hospital care I think that the major impact of biotechnology is again mundane; to the extent that hospital care is being transformed, that owes less to new bio-technologies than to old economics, the wish to get the patients out of the hospital as quickly as possible. Of course, this is linked to different forms of knowledge which suggest that the patient's health prospects are not improved by a long

stay in hospital but quite the reverse, that one should move the patients out of the hospital and back in to the home as rapidly as possible. There's a coincidence between a medical argument and an economic argument about the throughput of patients and so on. It would be quite wrong to suggest that the whole of medicine is being transformed by these new biotechnologies, because as I've argued elsewhere, medicine is a highly heterogeneous practice. The medical model that so many people like to talk about applies, if it applies at all, to a small section of what doctors do and a small section of health care, and there's much more which is shaped by different styles of thought and shaped by different modes of intervention and different socio-political processes.

## THE DIFFERENT VITAL POLITICS AND THEIR IMPACT AT THE HEALTH SYSTEMS

**Taking the UK and the NHS as a reference, can you talk about the elements of its vital politics that resemble what you call "the politics of health and illness" which is typical of the XVIII and XIX centuries and the elements that characterize the "politics of life itself" today, taking as its object actions to optimize life? How do those different vital politics relate to each other and what is their consequence for the health care system nowadays? Can you discuss it taking Brazil as example for your reflections?**

I would love to be able to talk more about Brazil but I am not sufficiently knowledgeable about the health care system in Brazil to be able to talk in any sensible way about it. Clearly in Brazil, as opposed to in a country like the United Kingdom, the gradient of wealth and poverty is incredibly steep. The proportion of the populations who live in environments that are relatively untouched by the transformations in health care in the 18th and 19th centuries, let alone those in the 20th and 21st centuries is very high. I am not just talking about people in the Amazonia region, but also people living in the favelas who scarcely have access to clean water and the round glazed sewage pipes which did so much to change life expectancy and the distribution of illness in the European cities of the 19th century.

So in many respects in Brazil there are 21st century medicine and pre-19th century medicine alongside one another and so there's not a single vital politics that's going on there. At least part of what one might struggle for in a country like Brazil is the putting in place and the generalizing across the population of these things that Foucault and his colleagues do talk about in *The Politics of Health in the 18th Century*<sup>5</sup>: the paving of the streets, the provision of pure water, the management of pollution. The level of industrial waste and industrial pollution in some areas of Brazil is absolutely horrifying. There's an older politics of health there, alongside a new politics of optimisation of vital properties. Again, I can't talk so much about Brazil, but take the example of assisted reproductive technologies, the use of these technologies to enable infertile women to produce children. In many of the developing regions of the world, and perhaps in Brazil as well, there is a large and growing market in reproductive technologies. Private companies set up clinics in order to provide these new technologies to women, or couples who are infertile, whose desires are shaped by beliefs about the importance of having your own child. So to that extent, optimisation in the sense of enabling all those who wish to have children is another element which is not confined to the UK and the National Health Service.

Optimisation in terms of the provision of those drugs that try to treat risk, that's another key thing one sees in the health services in the UK. Those drugs, whether the drugs for reducing lipid levels or drugs for reducing blood pressure, all those drugs for treating the empire of risk, become central to these optimisation strategies. Screening and early intervention - that's a kind of early optimisation, and despite many questions about its efficacy, it is having a significant impact on the health services in Europe and in the UK. Take another example: the rather controversial politics around the use of very expensive drugs to treat people with late stage cancers - drugs that are going to increase their life expectancy by a few months. We see difficult dilemmas here about how a health care system deals

with the management of the expectation that everything will be done to extend a person's life, how that can be reconciled with the recognition that everything that's done to extend one person's life has a cost which then impacts back on rather more mundane technologies for assisting other people in their lives. So there are very different dimensions of these optimisation technologies, and they have differential impact in different health care systems.

## CURRENT RESEARCHES

**Can you comment about your actual research interests in the Department of Social Science and Health Medicine at King's College? What contributions can these dialogues bring to sociology, public health and to political interests shaped by the goal of welfare and equity?**

We discussed earlier my argument that there are new opportunities in the relationships between the human sciences and the life sciences. Those new opportunities underpin the research strategy of my department of Social Science Health and Medicine at King's here in London. One of the reasons for coming to King's and building this department here, is because King's has such a concentration of medical and health care resources, ranging from very basic biomedical research to applied biomedical research and ranging in areas from cancer to psychiatry. So there are real opportunities for trying to build the bridges between the disciplines, not just in an abstract theoretical way, but in a very practical way. I can give you three examples.

First, my own work on mental health in urban situations. Sociologists and anthropologists have a long standing concern with the distribution of different forms of mental life and mental health and mental ill health across urban settings going back to the 19th century. How one can link that to the developing understanding within the life sciences and the neurosciences of the ways in which these different experiences of urbanicity shape human biology and human neurobiology. What might that mean for different ways of defining urban existence: now that more than half the world's population lives in cities, this question is a crucial one. Cities are of so many different types, ranging from Mumbai to Manchester, from Rio to Reading. Urban environments are being shaped and reshaped and re-planned all the time, so perhaps this is an area where these new ways of thinking collaboratively between the biological and the social can gain some traction.

A second example is the work we do here on mental health in conflict and post-conflict situations. The experience of conflict and its impact on psychiatric health and psychiatric services is something that one has to understand both at the organisational level, at the cultural level, at the level of memories and stories and identities, and at the level of the psychiatric disorders themselves.

These are some of the things that we are interested in, in our research and in the way in which we teach our students. Our undergraduate programme involves teaching and training in the social sciences on global health and training in basic biomedicine so that our students can begin to understand the ways in which the human body is shaped by these interventions. To put it crudely, if at least part of the vocation of sociology is to understand and help alleviate social suffering and generate equity, equity at the level of life itself, then I don't think that these new forms of research and education are entirely futile.



## INTERESTS IN BRAZIL

### Why this interest in this dialogue with a country like Brazil, which you have been looking for?

As for Brazil, one of the many reasons for the collaboration with colleagues in Brazil is because it seems that the interests which we have here are shared by many in Brazil. Both the conceptual and the practical, pragmatic concerns seem to find a resonance with many colleagues in Brazil. In that sense collaboration can only be for the good. And comparative research can illuminate exactly some important dimensions of these relations between the social and the biological that we have already discussed. The context in Brazil is in some ways similar and in some ways very different from that in the UK and Europe, and so that comparison can stimulate creative thought. And, no less important for me, I have good friends in Brazil, so it's nice to go back.

### References

1. Carvalho SR. Governamentalidade, 'Sociedade Liberal Avançada' e Saúde: diálogos com Nikolas Rose (Parte 1). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 [citado 26 Out 2016]; 19(54):647-58. doi 10.1590/1807-57622015.0216. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000300647](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300647).
2. Carvalho SR, Lima EMFA. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 [citado 26 Out 2016]; 20(58):797-808. doi 10.1590/1807-57622015.0888. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000300797](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300797).
3. Rose N. A política da própria vida - biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus; 2013.

4. Rose N, Abi-Rached, JM. Neuro: the new brain sciences and the management of the mind. New Jersey: Princeton University Press; 2013.

5. Foucault M. A política da saúde no século XVIII in *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal; 2008. p. 193-207.

*Keywords:* Foucault. Subjectivity. biotechnology. Medical clinic. Human sciences.

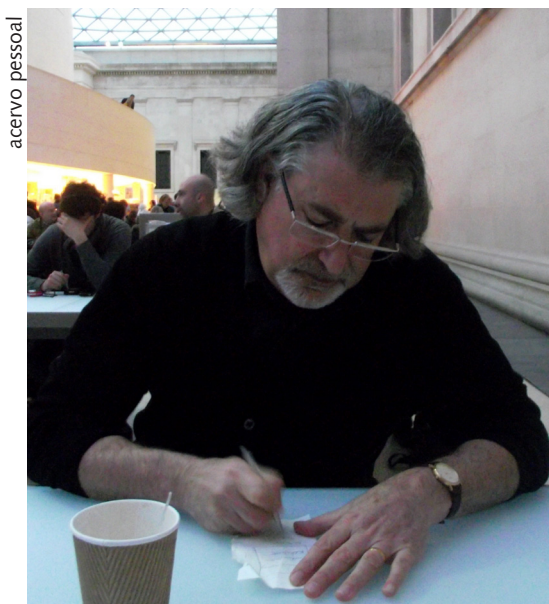
Submetido em 04/10/16. Aprovado em 11/10/16.

# Políticas da própria vida e o futuro das práticas médicas: diálogos com Nikolas Rose (Parte 3)\*

Politics of life itself and the future of medical practices: dialogues with Nikolas Rose (Part 3)

Políticas de la propia vida y el futuro de las prácticas médicas: diálogos con Nikolas Rose (Parte 3)

Sergio Resende Carvalho<sup>(a)</sup>  
Ricardo Rodrigues Teixeira<sup>(b)</sup>



acervo pessoal

Esta é a terceira e última, da série de entrevistas realizadas com Nikolas Rose, na qual nós exploramos aspectos importantes de sua ampla produção acadêmica. A primeira parte<sup>1</sup> teve como eixo central questões sobre o Estado, Políticas Públicas e Saúde e suas relações com o conceito de governamentalidade. Na segunda<sup>2</sup>, foi discutido o papel dos saberes e práticas psi no governo das condutas e a pesquisa genealógica. Nesta última entrevista tivemos a oportunidade de refletir com Rose sobre suas investigações recentes em torno das transformações das ciências da vida, da biomedicina, das neurociências, correlacionando-as com as práticas clínicas e seus impactos nos sistemas de saúde.

\* Texto produzido durante pós-doutorado realizado pelo autor principal no King's College of London (2013-2015), sob os auspícios da Capes/Ciências Sem Fronteira.

<sup>(a)</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Rua Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz. Campinas, SP, Brasil. 13083-887. sresende@fcm.unicamp.br

<sup>(b)</sup> Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. ricarte@usp.br

## POLÍTICA DA PRÓPRIA VIDA E UM NOVO ESTILO DO PENSAMENTO

**Após afirmar que “o discurso de verdade da genômica contemporânea não vê mais os genes como entidades ocultas que nos determinam” e que as novas tecnologias abrem “‘o gene’ ao conhecimento e à técnica no nível molecular”, você afirma que estamos entrando em um novo “estilo de pensamento” (maneiras de pensar, ver e intervir) em que a molecularização da vitalidade se tornou central, que, neste nível molecular, a própria vida se tornou aberta à política, que a biologia não é destino, mas oportunidade. Poderia detalhar mais essas ideias?**

Bem, há duas partes nessa pergunta. A primeira é sobre o determinismo e o determinismo biológico. Assim, começo dizendo alguma coisa a esse respeito. Eu acho que a genética é o exemplo mais claro do recuo do determinismo biológico. O determinismo genético, isto é, a ideia de que o conjunto de genes com os quais um indivíduo nasce conforma inevitavelmente as suas capacidades, tanto físicas quanto mentais, se não desapareceu completamente, foi, pelo menos, significativamente enfraquecida. Essa ideia de que o gene é como uma unidade isolada de DNA e que todos os genes se esticam como contas de um colar nos cromossomos e que cada gene determina uma proteína particular, que cria uma característica particular, nós sabemos que ela foi refutada pelo desenvolvimento da genômica, como consequência do projeto do genoma humano. Portanto, nós agora sabemos que os seres humanos não têm cem mil ou, talvez, até mesmo trezentos mil genes, como era a hipótese inicial. Eles têm cerca de vinte a 25 mil sequências de código e essas sequências estão espalhadas por várias partes do genoma, podendo ser lidas de muitas maneiras diferentes. O que é crucial não é tanto os genes, mas como eles são ativados. Em segundo lugar, nós sabemos – e isso, agora, está se tornando um clichê do que é chamado epigenética – que o que é crucial não é o DNA com o qual você nasce, mas como isso é ativado ou desativado através de toda a vida, em um processo chamado “metilação”, que permite que a sequência de DNA produza seus efeitos. Sabemos que esses processos epigenéticos são moldados de várias formas pela relação entre o organismo e seu meio. Na verdade, os geneticistas do desenvolvimento já sabem disso há muitas décadas, mas agora isso se tornou uma maneira muito mais proeminente de se tentar entender como os genes são expressos em organismos através da vida. Todos estes e muitos outros desenvolvimentos sugerem que o determinismo genético, como um programa geral para a compreensão, não apenas dos organismos biológicos, mas de seu destino, não é mais o estilo de pensamento que caracteriza a genética contemporânea.

Este é o primeiro ponto e eu acho que é possível se ver um afastamento da ‘biologia como destino’ na direção de uma ‘biologia como oportunidade’ em toda uma série de outras áreas. Por exemplo, nos argumentos em torno das células-tronco, nos argumentos em torno do transplante de órgãos, da modulação das capacidades reprodutivas por toda sorte de tecnologias e assim por diante.

Meu argumento, bastante esmiuçado no livro ‘A política da própria vida’<sup>3</sup>, foi de que, antes de ser destino, biologia é oportunidade. De fato, quanto mais algo for biológico, mais maleável é. Mesmo que isso seja um clichê, sugere um certo modo de pensar. Considere, por exemplo, o recente nascimento bem-sucedido de uma criança a partir de um útero transplantado de uma amiga para uma mulher que não tinha a capacidade de reproduzir. Considere os transplantes de face, considere o uso de drogas para modular toda espécie de capacidades humanas, seja o Viagra, seja os assim chamados estimuladores cognitivos. Todas essas coisas sugerem que, quanto mais nós sabemos sobre as bases biológicas de uma característica particular, mais podemos fazer a engenharia reversa e trabalhar as bases moleculares e biológicas desta característica. Ou, pelo menos, este é o sonho – em princípio, quanto mais nós sabemos, mais estamos aptos para intervir. Os debates políticos que isto suscita são bem conhecidos: disputas sobre aprimoramentos, debates sobre tecnologias reprodutivas, disputas sobre a ética do prolongamento da vida. Tais disputas sobre a organização da própria vitalidade tornaram-se centrais na política contemporânea - eutanásia, a manutenção da vida de bebês com deficiências severas - há múltiplas áreas em que isso pode ser visto.

Não se trata apenas da biologia passar a ser concebida como uma oportunidade, mas do fato de que toda uma série de novos tipos de disputas políticas se organizam em torno dessas oportunidades. Essas disputas, essa política da vida está intrinsecamente entrelaçada com uma economia da vida, porque a abertura desses processos vitais à intervenção também se tornou um campo preferencial para a capitalização pelas indústrias farmacêuticas, pelas indústrias de equipamentos médicos e assim por diante. Há, então, um novo entrelaçamento das formas de conhecimento e das técnicas de intervenção, dos modos de capitalização, das disputas éticas e políticas, todo um intrigante novo campo de análises.

## INDÍVIDUOS SOMÁTICOS E PSICOLÓGICOS

**O que você quer dizer, em seus estudos, com “indivíduos somáticos”? Estaria o indivíduo psicológico desaparecendo nessa nova biopolítica? Qual seria hoje o principal caminho para nossa reinvenção: o psicológico ou o molecular?**

Eu uso o termo indivíduo somático para indicar o caminho no qual os seres humanos têm crescentemente se engajado para compreender e gerir seu soma, seu corpo e sua existência corpórea. É claro que os seres humanos sempre buscaram gerir sua forma física, controlar sua dieta e todo tipo de regimes para melhorar seu estado físico e suas formas de vida – a gente pode ver isso pelo menos desde os gregos. O que eu tentei indicar com essa ideia de indivíduo somático é a maneira pela qual, ao menos em parte, a gestão da nossa existência corporal se tornou uma das exigências éticas centrais do nosso presente. Não mais uma questão de escolha para a elite ou aqueles aderidos a um particular culto do corpo, mas uma das maneiras centrais pelas quais todos são obrigados a administrar suas existências e vidas cotidianas em termos de dieta, em termos de ingestão de álcool, em termos de exercícios, em termos do uso de vários tipos de drogas para modular processos corporais, sejam estatinas para reduzir o risco de derrame ou ataque cardíaco, sejam as drogas para gerir nossa sexualidade como o Viagra. Isto se tornou uma exigência ética fundamental em nós, investindo as formas que moldam a nossa existência e gerenciam nossas vidas diárias com preocupações - enquadradas na linguagem de especialistas de vários tipos - sobre a manutenção e gestão dos nossos “eus corporais”.

Seria uma tentação dizer que o declínio da ética religiosa e a ascensão da ética somática estão de alguma forma conectados: certamente, é visível a ascensão dessas práticas de si somáticas naquelas partes do mundo em que as crenças religiosas declinam ou se tornam menos proeminentes na gestão da existência cotidiana. Isso significa que a ideia de indivíduos psicológicos está desaparecendo? Não, eu não acho que estejam desaparecendo, eu acho que estão sendo suplementados por essas outras formas de pensar sobre a gestão de nossos corpos e de nossos cérebros. Este é o argumento que sustento no livro ‘Neuro’<sup>4</sup>: não se trata dos seres humanos terem se tornado cérebros, mas do fato deles terem cérebros, deles poderem entender os seus cérebros, deles poderem trabalhar os seus cérebros, deles poderem gerir os seus cérebros. A gestão de nossa existência neurobiológica se tornou parte da gestão de nossa existência somática. Mas as pessoas que fazem essa gestão são ainda entendidas a partir de um conjunto de características psicológicas e, conseqüentemente, aberto a intervenções psicológicas concebidas para mudar as maneiras pelas quais elas administram suas capacidades biológicas e neurobiológicas.

## UMA NOVA RELAÇÃO ENTRE CIÊNCIAS SOCIAIS E CIÊNCIAS DA VIDA

**Em seus últimos trabalhos, você defende a ideia de que “as teorias sociais não são mais pensadas como progressistas em virtude de sua distância do biológico. Na verdade, a suposição inversa se tornou comum – parece que o ‘construtivismo é *passé*’, que a virada linguística chegou a um beco sem saída e uma retórica da materialidade é quase obrigatória”. Você pode nos dar seus argumentos para essa afirmação provocativa e por que você acha que essa mudança no estilo de pensamento oferece novas oportunidades para uma nova relação entre as ciências humanas e a ciência da vida?**

Bem, num certo nível, o argumento de que a referência à biologia não seja mais proibida na chamada ciência social progressista é apenas um fato empírico. Você pode observar isso nos novos materialismos feministas que visam levar a organização biológica do ser humano a sério. Você pode perceber isso na chamada “teoria dos afetos” que olha para a neurociência, ou uma certa versão da neurociência, para entender o papel das forças não-conscientes e não-rationais na conformação das coletividades humanas e das aspirações humanas, das decisões humanas e dos desejos humanos. Assim, num certo nível, é simplesmente uma observação do modo como as teorias sociais progressistas, ou teorias que se consideram progressistas, estão se desenvolvendo. Por outro lado, eu argumentei de que há realmente oportunidades para as ciências humanas nas mudanças de estilo do pensamento das próprias ciências da vida. As ciências da vida estão em mutação: vemos isso na genética com debates sobre a epigenética, vemos isso nas neurociências com a ascensão de ideias sobre a neurogênese e a neuroplasticidade. As ciências da vida estão começando a reconhecer que, para entender um organismo, você deve localizar o referido organismo, por um lado, no seu meio, por outro, ao longo do eixo do tempo. Você precisa entender como aquele organismo se desenvolve de maneira altamente complexa em interação com tudo que o rodeia e com tudo que ele experimenta.

É verdade, contudo, que as concepções sobre o ambiente ou o meio e as análises das maneiras pelas quais esses fatores ambientais moldam a vida do organismo são bastante simplistas. Isso oferece uma oportunidade para uma nova relação. As ciências da vida – se é que eu posso usar esse termo muito geral como uma abreviação –, uma vez tendo reconhecido que elas devem entender como os organismos se desenvolvem em seus meios, abrem espaço para que as ciências humanas comecem a introduzir argumentos e evidências sobre esse meio. Podemos, então, perguntar como as características do meio, que têm sido tão fundamentais para as ciências humanas – a desigualdade, a exclusão, a injustiça, o racismo e assim por diante – se inscrevem dentro do próprio corpo. Em outras palavras, as ciências humanas, como as ciências da vida, têm que perceber que o organismo só existe no e através do seu meio; as ciências humanas têm que perceber que as entidades com as quais elas se preocupam, os seres humanos, individual e coletivamente, são criaturas vivas e vitais, cujas vidas e oportunidades, desvantagens e adoecimentos, estão intrinsecamente moldados pela maneira como todas as forças ambientais agem e transformam e marcam seus corpos e almas.

É por isso que eu acredito que há oportunidades para um novo relacionamento. É uma relação difícil. Há todos os tipos de diferenças de poder entre as ciências da vida e as ciências humanas. Há todos os tipos de ansiedades bastante compreensíveis sobre a colonização das ciências humanas por um poderoso conjunto de argumentos biológicos. Há ainda preocupações sobre o reducionismo e o determinismo biológicos. Há críticas compreensíveis da maneira como o ambiente é tão altamente simplificado em muitas discussões nas ciências da vida. E é claro que existem alguns setores das ciências da vida que ainda são bem resolutamente reducionistas. Vê-se certamente isso em desenvolvimentos recentes da neuropsiquiatria, por exemplo, que devota todas as suas energias para explorar a genética e as bases neurobiológicas dos adoecimentos psiquiátricos, efetivamente excluindo todas as outras coisas, o ambiente, o biográfico, o histórico, o cultural, o linguístico – todas estas coisas são empurradas para uma espécie de “exterior”. Há, portanto, muitos desafios e é por isso que se trata de um momento interessante.



## MUDANÇAS NA CLÍNICA

**Como Foucault nos ensinou, “a reformulação técnica, epistemológica e ontológica da percepção médica decorre de interligações com mudanças numa série de dimensões, algumas das quais parecem, à primeira vista, um pouco distantes da medicina”. Neste sentido, você acha que há uma reformulação técnica, epistemológica e ontológica da percepção médica hoje em dia no Reino Unido e em países industriais desenvolvidos? Você acha que a “idade de ouro” da medicina clínica terminou?**

As coisas estão mudando, mas nós não deveríamos tanto pensar em termos de “épocas” a este respeito, não deveríamos pensar que, de repente, haverá uma mudança de uma maneira de fazer as coisas a outra maneira de fazer as coisas. Não estamos mais, certamente, na “idade de ouro” da medicina clínica, se por isso se entende o poder sem limites do médico, que por si só é capaz de diagnosticar, prescrever o tratamento e compreender a natureza e a base da doença que está sendo vista. Esse foi um período em que o conhecimento médico, a visão clínica e as habilidades técnicas estavam todos integrados na pessoa do médico. Esse momento já passou. Claramente, nos dias atuais, os médicos dependem de uma série de expertises que eles mesmos não possuem. Sejam elas a dos testes que são realizados nos laboratórios, sejam elas a da genética que eles usam, mas da qual não se encarregam, sejam elas a das tecnologias robóticas que eles usam para suas intervenções etc. Sem contar todos os modos de gestão da saúde e da doença que acontecem fora do encontro clínico entre o médico e o paciente.

Então, nesse sentido, a “idade de ouro” da clínica, como foi descrita em ‘O Nascimento da Clínica’, realmente mudou, sofreu uma mutação. Mas eu não acho que isso necessariamente significa que o papel crucial do médico tenha sido apagado. Mesmo nas maravilhosas inovações médicas que se vê, sejam estas os transplantes de rosto, os transplantes de útero etc., o papel do médico continua a ser crucial e o poder do médico, pelo menos na percepção do público, também é crucial. O médico como uma pessoa sábia, o médico como uma pessoa com habilidades técnicas cruciais, o médico como a pessoa que realmente é capaz de dar conselhos desapaixonados e, todavia, cuidadosos sobre como gerir a saúde e a doença... Eu acho que muitas dessas coisas ainda persistem. Então, o que se vê não é uma mudança radical de época, mas mutações em muitos níveis diferentes. Foucault mostrou que o nascimento da Clínica surgiu na confluência de desenvolvimentos em várias dimensões diferentes; assim, também se vê esta reformulação surgindo na confluência de mudanças ao longo de vários diferentes caminhos. Deixe-me dar um pequeno exemplo: o surgimento do paciente empoderado, livre para escolher, é, até certo ponto, um reflexo no domínio médico de mudanças muito mais amplas nas relações entre especialistas e seus objetos. Ele não surge, inicialmente, de dentro da medicina, mas uma vez que tenha surgido é incorporado pela medicina e transforma a relação entre o médico e o paciente. Não apenas na medicina geral, mas também em muitas áreas da psiquiatria. As mudanças tecnológicas, a robótica, a computação e outras mudanças que permitiram uma série de novos tipos de intervenção médica, também não surgiram inicialmente dentro da medicina, elas surgiram em outros lugares, mas tiveram consequências importantes para a prática médica. Assim, se alguém estivesse fazendo uma história de nosso presente, teria que rastrear através dessas outras dimensões com o mesmo *ethos* que Foucault demonstrou em ‘O Nascimento da Clínica’.

## O PAPEL (RELATIVO) DO MODELO BIOMÉDICO NAS TRANSFORMAÇÕES DA PRÁTICA MÉDICA

**Você acha que na prática clínica, no Reino Unido, o olhar clínico foi suplementado, se não suplantado, pelo olhar molecular, o qual está ele mesmo enredado em um estilo de pensamento “molecular” sobre a própria vida? Você poderia comentar como essas novas biotecnologias têm impactado diferentes campos da saúde (cuidados hospitalares, cuidados primários à saúde etc.)?**

Talvez, uma maneira de começarmos, aqui, seja falar sobre o termo biomedicina. Atualmente, não se pensa muito sobre o termo biomedicina quando se o utiliza, mas ele implica ou envolve uma crença de que a prática médica deveria estar baseada numa compreensão biológica do organismo humano. Que é através de uma compreensão do funcionamento normal e patológico desses processos biológicos vitais ou dos corpos, órgãos, cérebros, que a medicina deveria ser praticada. Contudo, nós vimos tanto o sucesso quanto o fracasso dessa crença. Fracasso, por conta dos muito bem-conhecidos problemas de “translação”<sup>(c)</sup> da pesquisa biomédica básica em intervenções clínicas. Vê-se isso mais claramente na psiquiatria, onde sabemos muito sobre a natureza dos processos neurais, mas temos sido incapazes de “translacionar” esse conhecimento em intervenções clínicas efetivas. Vê-se isso também em genômica, onde, apesar das enormes expectativas, intervenções em doenças complexas comuns baseadas na genômica não tiveram o impacto que muitos previram. Portanto, eu penso que ao mesmo tempo em que há um estilo de pensamento molecular sobre a própria vida, a maneira como este se move na direção da prática clínica é muito variada. Em muitos casos, é a aspiração que tem impulsionado a pesquisa médica adiante, muito mais que a realidade. A pesquisa de biomarcadores para doenças específicas, por exemplo, que tem entusiasmado a investigação médica, é uma aspiração constante: queremos encontrar todos estes biomarcadores para que possamos identificar doenças pré-sintomáticas e intervir mais cedo. E nós temos visto uma sucessão de anúncios – que encontramos o biomarcador para a doença de Alzheimer ou o que quer que seja – que se provaram prematuros, no melhor dos casos, e enganosos, no pior.

Assim, as atividades clínicas, ainda que no coração da medicina clínica, não estão subjugadas por completo a estes grandes desenvolvimentos biomédicos, não obstante, práticas e expectativas foram remodeladas por motivos mais prosaicos: na utilização de supressores imunológicos em transplantes, no sucesso em manter vivos bebês muito prematuros, em novos modos de intervenção em derrames, em novas formas de tratar a doença cardíaca e assim por diante. Essas mudanças, talvez, mais profundas quando tomadas em conjunto, têm ocorrido fora do radar da excitação sobre as transformações revolucionárias da biomedicina.

Então, isso diz respeito às questões de pesquisa e à difícil “translação” da pesquisa à prática. Quanto a saber em que medida estas estão impactando outras áreas, como, por exemplo, os cuidados primários em saúde, nós precisamos de mais investigações empíricas. Acredita-se usualmente, em países que possuem sistemas de atenção primária à saúde desenvolvidos, que a maior parte das consultas que os indivíduos fazem com os seus médicos de atenção primária são para problemas que não são necessariamente de ordem médica e não podem ser resolvidos por intervenção médica. Estas misérias da vida diária que são trazidas para os médicos não são impactadas, dessa maneira, por estes desenvolvimentos

<sup>(c)</sup> Nota do tradutor: Optamos aqui por traduzir “translation” pelo neologismo “translação” porque, ainda que o sentido literal na frase em questão pudesse ser o de “tradução” ou “aplicação”, ele também deve recobrir os sentidos trazidos pelo campo da chamada “pesquisa translacional”, entendida como campo de investigação interdisciplinar que busca a troca bidirecional entre ciência básica e a clínica para transpor os achados de pesquisa básica do laboratório para ambientes aplicados envolvendo pacientes e populações.

da biomedicina. Claro, pode-se indicar o uso de novos – bem, nem tão novos – medicamentos antidepressivos. Estes se tornaram bastante prevalentes como uma forma dos médicos da atenção primária à saúde lidarem com as misérias e infelicidades de seus pacientes. Esse é um dos modos pelos quais estão intervindo e impactando, mas talvez não seja tanto seu estilo de pensamento molecular que lhes confere o seu poder, mas o antiquado desejo do médico de fazer alguma coisa para o seu paciente. Este desejo do médico de fazer alguma coisa – o que obviamente é afetado pelo desejo do paciente de que alguma coisa lhe seja feita – também tem algumas grandes desvantagens, como podemos ver no uso excessivo de antibióticos. O desejo do paciente de ter alguma coisa para levar e o desejo do médico de lhes dar alguma coisa para tranquilizá-los, leva a um excesso de prescrições destes antimicrobianos que, como sabemos, está levando a graves problemas de resistência microbiana. Há questões interessantes aqui, sobre as relações entre estas velhas realidades clínicas e as novas realidades biofarmacêuticas – e a remodelagem dos corpos pela própria medicina.

Na assistência hospitalar, eu acho que o maior impacto da biotecnologia é mais uma vez decorrente de fatores de ordem mais mundana; na medida em que os cuidados hospitalares estão sendo transformados e isso se deve muito menos às novas biotecnologias do que às velhas motivações econômicas, ao desejo de colocar os pacientes fora do hospital o mais rápido possível. Claro, isso está ligado a diferentes formas de conhecimento que sugerem que as perspectivas de saúde do paciente não melhoram com uma longa estadia no hospital, mas, muito pelo contrário, que se deve pôr os pacientes fora do hospital e manda-los de volta para casa o mais rapidamente possível. Há uma coincidência entre o argumento médico e a discussão econômica sobre a taxa de transferência de pacientes e assim por diante. Seria completamente errado sugerir que toda a medicina está sendo transformada por estas novas biotecnologias, porque, como eu tenho argumentado em outros lugares, a medicina é uma prática altamente heterogênea. O modelo médico, sobre o qual tantas pessoas gostam de falar, aplica-se, se é que ele chega a se aplicar, a uma pequena parte do que os médicos fazem e a uma pequena parte dos cuidados de saúde. Há muito mais sendo moldado por diferentes estilos de pensamento e por diferentes modos de intervenção e diferentes processos sócio-políticos.

## DIFERENTES POLÍTICAS VITAIS E SEUS IMPACTOS NOS SISTEMAS DE SAÚDE

**Tomando o Reino Unido e seu Sistema Nacional de Saúde (NHS) como referência, você poderia nos falar sobre os elementos de sua política vital que se assemelham ao que você chama de “política de saúde e doença” típica dos séculos XVII e XIX e os elementos que caracterizam uma “política da própria vida”, caracterizadas pelas ações para otimizar a vida? Como essas diferentes políticas vitais se relacionam uma com a outra e quais suas consequências para os sistemas de saúde atuais? Você poderia discutir estes pontos tomando o Brasil como um exemplo para as suas reflexões?**

Eu adoraria ser capaz de falar mais sobre o Brasil, mas eu não conheço suficientemente o seu sistema de saúde para falar de modo sensato a respeito. No Brasil, claramente, em contraste com o Reino Unido, o gradiente entre a riqueza e a pobreza é incrivelmente exorbitante. A proporção da população que vive em ambientes relativamente intocados pelas transformações do cuidado à saúde dos séculos XVIII e XIX, e muito menos por aquelas dos séculos XX e XXI, é enorme. Não estou falando apenas de pessoas que vivem na região amazônica, mas também das pessoas que vivem nas favelas e que mal têm acesso a água potável e aos canos de esgoto vitrificados, que tanto fizeram para mudar a expectativa de vida e a distribuição das doenças nas cidades europeias do século 19.

Assim, sob muitos aspectos, no Brasil, coexistem lado a lado uma medicina do século XXI e uma medicina anterior ao século XIX, de tal forma que não se pode falar que nele haja uma única política vital. Pelo menos parte daquilo por que se poderia lutar em um país como o Brasil, seria pela implantação e generalização a toda a população dessas coisas a que Foucault e seus colegas se referem em ‘A política da saúde no século XVIII’<sup>5</sup>: a pavimentação das ruas, o fornecimento de água pura, a gestão da poluição. O nível de resíduos e poluição industrial em algumas áreas do Brasil é

absolutamente apavorante. Há uma política de saúde mais antiga lado a lado com uma nova política de otimização das propriedades vitais. Mais uma vez, eu não posso falar muito sobre o Brasil, mas tome o exemplo das tecnologias de reprodução assistida, o uso destas tecnologias para permitir que as mulheres inférteis tenham filhos. Em muitas das regiões do mundo em desenvolvimento e, talvez, igualmente no Brasil, há um grande e crescente mercado de tecnologias reprodutivas. As empresas privadas instalam clínicas a fim de fornecer estas novas tecnologias para as mulheres ou casais com problemas de infertilidade, cujos desejos são moldados por crenças sobre a importância de se ter o seu próprio filho. Então, nessa medida, a otimização no sentido de permitir que todos aqueles que desejam ter filhos possam tê-los, é outro elemento que não se limita ao Reino Unido e ao seu Serviço Nacional de Saúde.

Otimização em termos de fornecimento de medicamentos que buscam tratar os riscos é outra das coisas principais que podem ser vistas nos serviços de saúde no Reino Unido. Essas drogas, sejam os medicamentos para reduzir os níveis de lipídios ou os medicamentos para reduzir a pressão arterial, todas essas drogas para enfrentar o império do risco, tornaram-se centrais nas estratégias de otimização. Rastreamento e intervenção precoce – que são uma espécie de otimização precoce, apesar das muitas dúvidas sobre sua eficácia, vêm tendo um impacto significativo sobre os serviços de saúde na Europa e no Reino Unido. Vejamos outro exemplo: a política bastante controversa em torno do uso de drogas muito caras para tratar pessoas com câncer em estágio final – drogas que vão aumentar suas expectativas de vida em alguns meses. Vemos, aqui, dilemas difíceis sobre como um sistema de saúde lida com a gestão da expectativa de que tudo será feito para prolongar a vida de uma pessoa e como isso pode ser conciliado com o reconhecimento de que tudo o que é feito para prolongar a vida de uma pessoa tem um custo que, por sua vez, terá impacto sobre tecnologias bem mais simples para ajudar outras pessoas em suas vidas. Portanto, há muitas dimensões diferentes destas tecnologias de otimização, e elas têm impacto diferenciado em diferentes sistemas de saúde.

## AS INVESTIGAÇÕES ATUAIS

**Você poderia comentar sobre seus atuais interesses de pesquisa no Departamento de Ciências Sociais, Saúde e Medicina do King's College? Que contribuições podem estes diálogos trazer à sociologia, à saúde pública e aos interesses políticos orientados pela meta de bem-estar e equidade?**

Nós discutimos anteriormente meus argumentos de que existem novas oportunidades nas relações entre as ciências humanas e as ciências da vida. Essas novas oportunidades embasam as estratégias de pesquisa do meu Departamento de Ciências Sociais, Saúde e Medicina, aqui em Londres. Uma das razões de ter vindo para o King's College e construir este departamento é o fato de aqui haver uma grande concentração de recursos médicos e de saúde, indo da pesquisa biomédica básica à pesquisa biomédica aplicada e da oncologia à psiquiatria. Portanto, há reais possibilidades de se tentar construir pontes entre as disciplinas, não apenas de um modo teórico e abstrato, mas de uma forma muito prática. Eu posso lhe dar dois exemplos.

Primeiramente, meu trabalho sobre saúde mental em situações urbanas. Sociólogos e antropólogos têm uma preocupação de longa data com a distribuição de diferentes formas de vida mental e de saúde mental e doença mental através dos aglomerados urbanos desde o século XIX. Como isso pode se conectar à compreensão em desenvolvimento nas ciências da vida e nas neurociências das formas pelas quais estas diferentes experiências da urbanidade modelam a biologia e a neurobiologia humana? O que isso poderia significar para os diferentes modos de se definir a existência urbana, agora que mais da metade da população mundial vive em cidades, trata-se de uma questão crucial. As cidades são de muitos tipos diferentes, indo de Mumbai a Manchester, do Rio a Reading. Ambientes urbanos estão sendo modelados e remodelados e replanejados o tempo todo. Assim, talvez, essa seja uma área em que estes novos modos de se pensar colaborativamente entre o biológico e o social possa ganhar algum interesse.

Um segundo exemplo é o trabalho que temos realizado sobre saúde mental em situações de conflito e pós-conflito. A experiência do conflito e seu impacto na saúde psiquiátrica e nos serviços psiquiátricos é algo que precisa ser compreendido no nível organizacional, no nível cultural, no nível das memórias, histórias e identidades, e no nível das próprias desordens psiquiátricas.

Essas são algumas das coisas em que estamos interessados, na nossa pesquisa e na forma como ensinamos nossos estudantes. Nosso programa de graduação envolve o ensino e o treinamento em ciências sociais e saúde global e o treinamento em biomedicina básica, de tal forma que nossos estudantes possam começar a entender de que modo o corpo humano é formatado por essas intervenções. Para colocar as coisas cruamente, se a vocação da sociologia, ao menos em parte, for compreender e ajudar a aliviar o sofrimento social e produzir equidade no nível da própria vida, então eu não acho que essas novas formas de pesquisa e educação sejam inteiramente fúteis.

## INTERESSE PELO BRASIL

### **Você tem buscado um maior diálogo com o Brasil. Por que este seu interesse pelo Brasil?**

Uma das muitas razões para a colaboração com colegas brasileiros é porque parece que os interesses que temos aqui são compartilhados por muitos no Brasil. Tanto as preocupações conceituais e práticas, pragmáticas, parecem encontrar ressonância em muitos colegas no Brasil. Nesse sentido, a colaboração só pode ser para o bem. E a pesquisa comparativa pode precisamente iluminar algumas dimensões importantes dessas relações entre o social e o biológico que já discutimos. O contexto no Brasil é, em alguns aspectos semelhantes e em outros muito diferentes daquele do Reino Unido e da Europa, de modo que a comparação pode estimular o pensamento criativo. E, não menos importante para mim, eu tenho bons amigos no Brasil, por isso é bom para voltar.

### **Referências**

1. Carvalho SR. Governamentalidade, 'Sociedade Liberal Avançada' e Saúde: diálogos com Nikolas Rose (Parte 1). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 [citado 26 Out 2016]; 19(54):647-58. doi 10.1590/1807-57622015.0216. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832015000300647](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000300647).
2. Carvalho SR, Lima EMFA. Poderes da liberdade, governamentalidade e saberes psi: diálogos com Nikolas Rose (Parte 2). *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 [citado 26 Out 2016]; 20(58):797-808. doi 10.1590/1807-57622015.0888. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832016000300797](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000300797).
3. Rose N. A política da própria vida - biomedicina, poder e subjetividade no século XXI. São Paulo: Paulus; 2013.

4. Rose N, Abi-Rached, JM. Neuro: the new brain sciences and the management of the mind. New Jersey: Princeton University Press; 2013.

5. Foucault M. A política da saúde no século XVIII in *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal; 2008. p. 193-207.

*Palavras-chave:* Foucault. Subjetividade. Biotecnologia. Clínica médica. Ciências humanas.

*Keywords:* Foucault. Subjectivity. biotechnology. Medical clinic. Human sciences.

*Palabras clave:* Foucault. Subjetividad. Biotecnología. Clínica médica. Ciencias humanas.

Submetido em 04/10/16. Aprovado em 11/10/16.





Mendes JRB, Valle AB, Fabra M. Gerenciamento de Projetos. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2014.

Aguinaldo Gonçalves<sup>(a)</sup>

### Para desenvolver bons projetos também em Educação e Saúde

Docente, há vários anos, da Disciplina de Seminários de Projetos (embora sob designações variadas) para diferentes cursos de graduação e, sobretudo, de pós-graduação, constatei, com muita frequência, o surgimento de proposições intelectualmente atraentes e criativas tanto em Educação quanto em Saúde (talvez mais no âmbito da primeira que no da segunda), mas que não prosperam por falta de clareza e método de exposição. De resto, esta tem sido, também, a experiência de numerosos colegas da área, ao menos daqueles com que tenho abordado a questão. Portanto, ao deparar-me com texto a respeito que me pareceu precioso, julguei-me no compromisso de vir a um periódico de significativa circulação entre acadêmicos do país para apresentá-lo. Ainda que sua fria objetividade possa impactar, no primeiro momento, nosso olhar problematizador, trata-se de disponibilizar, aos colegas de ofício, ferramenta valiosa a que não tive oportunidade de recorrer quando teria sido tão útil.

Com efeito, a relação da vida acadêmica com a formulação de projetos parece tão inextricavelmente

forte que sugere metáfora relativa à dependência do desenvolvimento biopsíquico para com a amamentação no seio materno. E isto não apenas pela via do ensino, mas, destacadamente, da pesquisa e extensão. Nessa direção, não parece exagero admitir que viver protagonicamente a cena universitária é estar mergulhado em projetos, no contraponto com o fato de que poucos de nós tivemos sequer algum tipo de formação na matéria. Na verdade, nossa hierarquia intelectual de interesses e envolvimento parece priorizar tanto a área substantiva de nossa atuação, com suas intersecções e demais seduções, que pode, lamentavelmente, subalternizar a que consideremos apenas formalismos, para cuja vala comum deslocamos, intencionalmente ou não, o cuidado e a dedicação à composição e concretização de projetos enquanto tal. No entanto, viver é construir projetos: é sabido que a ausência destes é que transforma depressivos em suicidas.

Ora, esta obra atende aos requisitos de publicação necessária à formação e atuação das pessoas que lidam profissionalmente com a realidade dos projetos ou, até, daqueles que optam por operar suas atividades de forma preferivelmente organizada

<sup>(a)</sup> Disciplina Situações de Saúde, Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Jardim Ipaussurama. Campinas, SP, Brasil. 13060-904. aguinaldogon@uol.com.br

à circunstancial ou errática. Fruto do trabalho de especialistas ligados tanto ao mundo das ideias assim como ao das aplicações, este livro reúne características relevantes raramente vistas coexistindo simultaneamente: clareza de exposição, fundamentação teórica lastreada em fontes de plena legitimidade e envolvimento com o real dos fatos.

Estruturado em seis capítulos autônomos e complementares, dedica-se, logo de pronto, a 'aspectos gerais' e introdutórios da matéria, onde destacam-se gestões e documentos basilares a serem produzidos antes do deslanche, estes como, nomeadamente: a estrutura analítica (EAP), a matriz de responsabilidade, a lista de atividades. Por aí já se vislumbra que se está manejando com missão de não limitada complexidade.

Na evolução a seguir, o próximo passo refere-se a situações envolvidas na 'montagem do cronograma'. Realmente, aqueles que estão acostumados a identificar este recurso apenas como representação gráfica de determinada sequência de eventos, certamente, se surpreenderão ao constatar a virtualidade e o dinamismo que se adensam nessa construção quando tecnicamente bem orientada. Compõe-se de inumeráveis metodologias que permitem a adequação do mesmo como instrumento indutor de qualidade na trajetória da tarefa posta, seja ela de maior ou menor dimensão. Vale dizer, as técnicas incluídas neste segmento não correspondem tão somente à melhor expressão do concreto pensado, como muitos podem ser levados a admitir quando se cogita o assunto; pelo contrário, referem-se a formas pelas quais ajustes e adequações na representação promovem aperfeiçoamento e melhoria do trabalho em campo, pela explicitação das atividades para previsão e acompanhamento. Neste sentido, nivelamento, paralelismo e compressão revelam-se estratégias aplicáveis ao contexto, tomadas como diretriz operacional a merecer menção expressa e clara revisão pelos autores, assim como suas potencialidades e limitações. Alternativas mais avançadas e contemporâneas são igualmente factíveis, como as técnicas CPM, PERT (*Program Evaluation and Review Technique*) e Corrente Crítica (*Critical Chain Project Management*), rememorando-se suas bases estatísticas.

'Lidando com dinheiro' e riscos situa-se como o tema do capítulo subsequente. Nele parte-se de

que o custo de cada fase é o das atividades a ela pertencentes, sendo o final a soma do custo de suas fases acrescido do chamado nível de esforço (*Level of effort*, LOE), i.e., o custo adicional que ocorre durante todo o tempo, como o salário do gestor ou os encargos da manutenção. Começa-se, assim, com a essência da estimativa de orçamento conhecida como *bottom up*, racional e prudente, oposta à *top down*, modelo em que um orçamento total pré-aprovado deve ser apropriado à cada parte da EAP. Da síntese entre ambas, resulta a opção recomendada, que é abordada por meio do exemplo que rastreia todas as situações contempladas no livro. Exemplo criativo, aliás! De então para frente, percorre-se o desafio do desempenho, com suas realidades contábil e financeira, imbrincadas em categorias como: análise de valor agregado e reservas de contingência.

Nesse contexto, percebe-se que algo que jamais pode ser olvidado é a 'consideração dos riscos': por isso, o estudo de tais ocorrências também é imperioso, i.e., além de avaliação e discussão de respectivas probabilidade, impacto e exposição, há que se ter, igualmente, como preveni-los, definindo-lhes respostas e estratégias para combatê-los. Para isso, é-se levado a recorrer a diferentes possibilidades, como: o 'método Delphi' (opinião de profissionais experientes, a partir de lista de perguntas orientadas e submetidas anonimamente), *brainstorming*, *análise Swot* (identificação de problemas por meio da individualização de potências e fragilidades) e entrevistas com especialistas.

Os *stakeholders* constituem um dos objetos focados com atenção. Considerados em seu conceito amplo, são atores conceituados como grupo ou indivíduo afetado pela iniciativa, o que inclui, diretamente, desde respectivos financiadores e executivos, pela via da sustentação e fomento, até o público em geral, em face da relação de benefício e consumo. Tem-se, portanto, sempre que conhecê-los, entendê-los e analisá-los. Constata-se, igualmente, que 'Comunicação' é outro aspecto com presença não para ser ignorada, no sentido de garantir-se que as respectivas informações sejam geradas, armazenadas e enviadas com adequação. De igual sorte, a 'Qualidade' dispõe de especificidades delineadas para adoção com vistas à obtenção do sucesso que se busca.

Ocorre, então, lidar com 'pessoas'. De fato, tecnologia, patrimônio, informações e tudo o mais afeito pode ser adquirido – facilidade não disponível no que se refere à atuação de uma equipe boa e competente; para este caso, há que se cursar, segundo o apresentado, com as sucessivas fases de formação, conflito, normatização, desempenho e desintegração, esta de proximidade variável segundo a duração, se de caráter mais transitório ou mais permanente. Neste universo, destaque é conferido à motivação, revisitada pelos enfoques clássicos das teorias das necessidades de Maslow, X e Y de McGregor e da satisfação de Hersberg. A abordagem adotada, como se vê, é funcionalista, fato que gera justificadas restrições por ignorar toda a complexa trama de determinação da realidade social em que os acontecimentos se dão, como se os grupos humanos se organizassem e se movessem no vazio do anódino não histórico e não ideológico.

E assim, esquematicamente, o processo se conclui, enquanto planejamento, planificação, plano do plano. A seguir, entra em cena sua acepção ampliada, envolvendo a execução e controle, dimensões que configuram o outro domínio de habilidades indispensáveis, o qual, embora complementar, implica a aquisição de saberes e fazeres distintos, qual seja, o da 'gestão'.

Em síntese, retomando de onde se partiu, ao recomendar o livro tanto em termos de leitura quanto de educação permanente, cabem os registros da falta sentida e da sugestão posta de produção de capítulo adicional que trate de concepções e práticas mais especificamente acadêmico-científicas, algumas até paradigmas da intelectualidade contemporânea (como projetos colaborativo e multicêntrico; plágio; autoria compartilhada), na perspectiva de síntese agregadora para com leitores desse tipo de perfil, seja para discussão nos círculos dos já iniciados, seja para assimilação pelos que ainda estão por conhecê-las.

Recebido em 15/05/16. Aprovado em 24/05/16.



# Mulheres da Norô

Flavia Liberman<sup>(a)</sup>  
 Luiza Maria Escardovelli Alcântara<sup>(b)</sup>  
 Nice Gonçalves<sup>(c)</sup>  
 Viviane Santalucia Maximino<sup>(d)</sup>  
 Thais Marques Fidalgo<sup>(e)</sup>  
 Marina Guzzo<sup>(f)</sup>



O que me surpreende é o fato de que, em nossa sociedade, a arte tenha se transformado em algo relacionado apenas a objetos, e não a indivíduos ou à vida; que arte seja algo especializado ou feita por especialistas que são artistas. Entretanto, não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Por que deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, e não a nossa vida?<sup>1</sup> (p. 261)

\* Exposição fotográfica financiada pela Fundação de Apoio à Universidade Federal de São Paulo, por meio do Programa Nacional de Assistência Estudantil - Procultura Estudantil 2013 (Edital PRAE nº 05/2013); resultante do projeto de pesquisa "Cartografias femininas: ações territoriais junto às mulheres da região Noroeste de Santos", realizado na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), campus Baixada Santista e aprovado pelo Comitê de Ética.

<sup>(a,d,f)</sup> Departamento Saúde, Clínica e Instituições, Unifesp, campus Baixada Santista. Rua Silva Jardim, 136. Santos, SP, Brasil. 11015-020. toflavia.liberman@gmail.com; vivimax10@yahoo.com.br; marinaguzzo2@gmail.com

<sup>(b)</sup> Centro de Referencial da Assistência Social (CRAS). Av. Handava, SP, Brasil. luiza.escardovelli@gmail.com

<sup>(c)</sup> Instituto Arte no Dique. Santos, SP, Brasil. nice.negra@hotmail.com

<sup>(e)</sup> Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de São Vicente (APAE). São Vicente, SP, Brasil. thais.fidalgo@hotmail.com



Solange, Eunice, Ana, Fabi, Vera, Zefa, Maria...mulheres da Norô. Vivem em barracos precários, em palafitas sobre o rio Bugre, em vielas, em casinhas ajeitadas no pedaço residencial do bairro, no conjunto habitacional. Solteiras, casadas, muitas vezes enamoradas, viúvas, com filhos, vivos e mortos. Vieram de outras cidades, para trabalhar, acompanhando seus pais que migraram, sobretudo, do nordeste na década de 1970, vieram com seus companheiros fugindo de casas opressoras, da lavoura, da seca. Muitas já nasceram aqui, na zona noroeste de Santos, uma região bastante populosa e heterogênea. Na zona noroeste, encontramos de tudo: há serviços de saúde, alguns centros culturais e esportivos públicos e não governamentais, escolas, comércio, lixo, pontos de droga, disputas por territórios. É uma cidade dentro de outra, pois é assim que os moradores se sentem: vou para Santos, dizem.

Nossas Anas, Solanges, Veras e Fabis têm: artrose, escoliose, desvio no quadril, dores nas costas... têm nervosismo, tristeza, dificuldades financeiras, sequelas de "derrame", isolamento, desesperança, apatia. Têm também: força, alegria, senso de humor, esperança. Tudo isso fazendo uma beleza comovente, um pequeno poema nas nossas tardes de quarta-feira.

Vamos encontrando com elas nas esquinas, nos becos, em suas casas. Elas se arrumam para esperarem os "meninos" que vêm buscá-las com a van. São estudantes da Unifesp, do campus Baixada Santista, de vários cursos da área da saúde, que aprendem fazendo. Ao acompanhá-las no Grupo de Mulheres, aprendem a ouvir, a prestar atenção, a conversar sobre vidas tão diferentes das suas. Junto com as professoras, propõem diversas experimentações: danças, brincadeiras, movimentos – práticas corporais e artísticas em um espaço cultural localizado no Dique da Vila Gilda. No Instituto Arte no Dique, essas mulheres convivem com crianças e jovens, com oficinas de percussão, informática e diversas outras propostas.

No início, receosas de colocar seus corpos em movimentos desconhecidos, com muitas dificuldades para sair de casa por inúmeros motivos, aos poucos foram se permitindo a experimentação de novos sons, novas comidas, outras histórias. Foram se fortalecendo nas amizades, arriscando novos passos, ampliando sua potência. Ao acompanhá-las neste processo, os estudantes foram percebendo de quantas camadas se fazem as vidas, e como é necessário compreender a saúde como este movimento de mais vida e potência, de bons encontros que nos alegam.

O objetivo principal do projeto "Cartografias femininas: ações territoriais junto às mulheres da região noroeste de Santos" tem sido realizar ações em um território que apresenta vulnerabilidade social e ambiental. Como resultado destas ações em andamento, foi realizada uma exposição fotográfica itinerante das mulheres da região a partir de um processo de construção resultante dos vínculos estabelecidos com as mulheres envolvidas. A fotógrafa Nice Gonçalves, do Instituto Arte no Dique (para saber mais acesse: <http://www.artenodique.org/>), acompanhou e fotografou, durante o ano de 2013, vários momentos da experiência, oferecendo-nos um material delicado e sutil, que retrata algumas das participantes do projeto com seus rostos, corpos, detalhes, expressividades (todas assinaram termo de consentimento de uso da imagem).

Viajando por vários lugares: do Dique para a universidade, em eventos científicos, espaços públicos, como na amostra em um shopping center de Santos no Dia da Mulher, e, mesmo, nas divulgações feitas na imprensa, esta exposição ofereceu às mulheres uma oportunidade de reconhecerem-se como protagonistas ativas e fortes em todo o processo, tornando-as visíveis para além das fronteiras de suas casas, de seu bairro ou, mesmo, de sua região.

Tudo era motivo de riso, de orgulho e de maior apropriação de si para muitas delas, que se viam nas imagens e puderam se re-ver. Já não se tratava de mostrar uma mulher em particular mas, por meio do conjunto de imagens fotográficas, fazer espriar, pelos ambientes, um clima que emergia da presença das mulheres em diferentes situações registradas: um detalhe, um movimento, uma composição em roda, na captação de olhares, nos pés descascados ao lado do tênis de uma estudante, na bengala apoiada, enfim, nas fotos tiradas com sensibilidade, captando pequenos e breves acontecimentos.

Nas fotos a seguir, tratamos de caminhos-processos que formaram uma delicada narrativa feminina, artesanal, uma narrativa que é única e composta por muitas histórias. Uma narrativa capaz de produzir vidas, de produzir saúde e de realizar uma clínica fora de padrões institucionais, uma clínica artística e viva.













Como é interessante enxergar as ações pequenas para entender o fluxo do sentimento, do vínculo, no processo em andamento. Como é forte a hora em que se vê uma mão que se fecha, quando acontece o oscilar de um pé para o outro, a hora em que a boca fecha e abre, que o pescoço cresce e diminui... como isso mostra uma força viva, um pulso, uma forma de bombeamento de si no ambiente, com modos estruturados somaticamente de conter em si mesmo a excitação biológica dos encontros.<sup>2</sup>



CRIAÇÃO















### **Colaboradores**

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

### Referências

1. Foucault M. Sobre a genealogia da ética: uma revisão do trabalho. In: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.
2. Favre R. Imagem-tempo e imagem-movimento [Internet]. São Paulo: Laboratório do processo formativo [citado 2 Abr 2016]. Disponível em: <http://laboratoriodoprocessoformativo.com/2016/04/imagem-tempo-e-imagem-movimento/#.Vv64yK9WXNs.facebook>

O projeto Cartografias femininas: ações territoriais junto às mulheres da região noroeste de Santos realiza diferentes ações em uma região que apresenta vulnerabilidade social e ambiental na cidade de Santos. Envolvendo docentes e estudantes de diferentes cursos de graduação da área da saúde da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, teve como resultado uma Exposição Fotográfica itinerante cujas imagens explicitam um processo de construção de vínculos com as participantes. A fotógrafa Nice Gonçalves, do Instituto Arte no Dique, acompanhou e fotografou momentos desta experiência, oferecendo-nos um material delicado que retrata seus rostos, corpos, detalhes e expressividades. Esta exposição ofereceu, às mulheres, uma oportunidade de reconhecerem-se como protagonistas ativas e fortes em todo o processo, tornando-as visíveis para além das fronteiras de suas casas, de seu bairro ou, mesmo, de sua região.

*Palavras-chave:* Arte. Fotografia. Mulheres. Vulnerabilidade.

#### **Women of Norô**

The Femele Cartography: territorial actions with women in the northwest region of Santos does different actions in a region with social and environmental vulnerability in the city of Santos. Involving teachers and students from different undergraduate courses in the health area of the Federal University of São Paulo, campus Baixada Santista, and collaborators, the project had as one of its consequences one itinerant Photographic Exhibition whose images shows a process of building relationship established with the participants. The photographer Nice Gonçalves, from Instituto Arte no Dique accompanied and photographed this experience offering a delicate and subtle material that depicts some of the project participants with their faces, bodies, detail and expressiveness. This exhibition offered the women an opportunity to recognize them as active and strong actors and in the process, making them visible beyond the confines of their homes, their neighborhood or even their region.

*Keywords:* Art. Photography. Women. Vulnerability.

#### **Mujeres de la Norô**

El Proyecto Cartografías Femeninas: Acciones territoriales con las mujeres de la región noroeste de Santos realiza diferentes acciones en una región que presenta vulnerabilidad social y ambiental en la ciudad de Santos. El involucramiento de docentes y estudiantes de diferentes cursos de graduación del área de la salud de la Universidad Federal de São Paulo, campus Baixada Santista, tuvo como resultado una Exposición Fotográfica itinerante cuyas imágenes dejan explícita un proceso de construcción de vínculos con las participantes. La fotógrafa Nice Gonçalves, del Instituto Arte no Dique, acompañó y fotografió momentos de esta experiencia, ofreciéndonos un material delicado que retrata sus rostros, cuerpos, detalles y expresividades. Esta exposición ofreció a la mujeres la oportunidad de reconocerse como protagonistas activas y fuertes en todo el proceso, haciéndolas visibles más allá de las fronteras de sus casas, de su barrio o incluso de su región.

*Palabras clave:* Arte. Fotografía. Mujeres. Vulnerabilidad.

Submetido em 11/04/16. 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  
Angelica Maria Bicudo, Unicamp  
António Nóvoa, Universidade de Lisboa, Portugal  
Carlos Eduardo Aguilera Campos, UFRJ  
Carmen Fontes de Souza Teixeira, UFBA  
Carolina Martinez-Salgado, Universidad Autónoma  
Metropolitana, México  
César Ernesto Abadia-Barrero, Universidad Nacional de  
Colombia, Colômbia  
Charles Briggs, UCSD, USA  
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 Carapineiro, 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, Universidad 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  
Leonora Graciela Natansohn, UFBA  
Lia Geraldo da Silva Batista, UFPE  
Luciana Kind do Nascimento, PUCMG  
Luciano Bezerra Gomes, UFPA  
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 Antônia Ramos Azevedo, Unesp  
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  
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  
Soraya Fleischer, UnB  
Stela Nazareth Meneghel, UFRGS  
Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Unifesp  
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  
Fundação para o Vestibular da Unesp - Vunesp

## 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](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](http://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*