



"o respingo (no cotidiano, água), o cotidiano imagem com que produz u

 **interface**

comunicação, saúde e educação

2017: 21(61) ISSN 1807-5762

UNESP

é o signo se efetivamente nesse encontro que a gente p eu nunca se provavelmente provável que região próxima habitam o teu sentido, né? também... eu se eu aproximar água bate na Tem uma ética mas o que é coup de fou próxima do quando tem vazamento mas se tem essas coisas muito mais c encontros aqui algum lugar. sutilmente, n algum momento difícil de olhar (quando a água se não é mais aqui também estourar. Às vezes sempre tem inviável, o qu

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, as Artes 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, Arts 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 la Filosofia, las Artes 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, 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

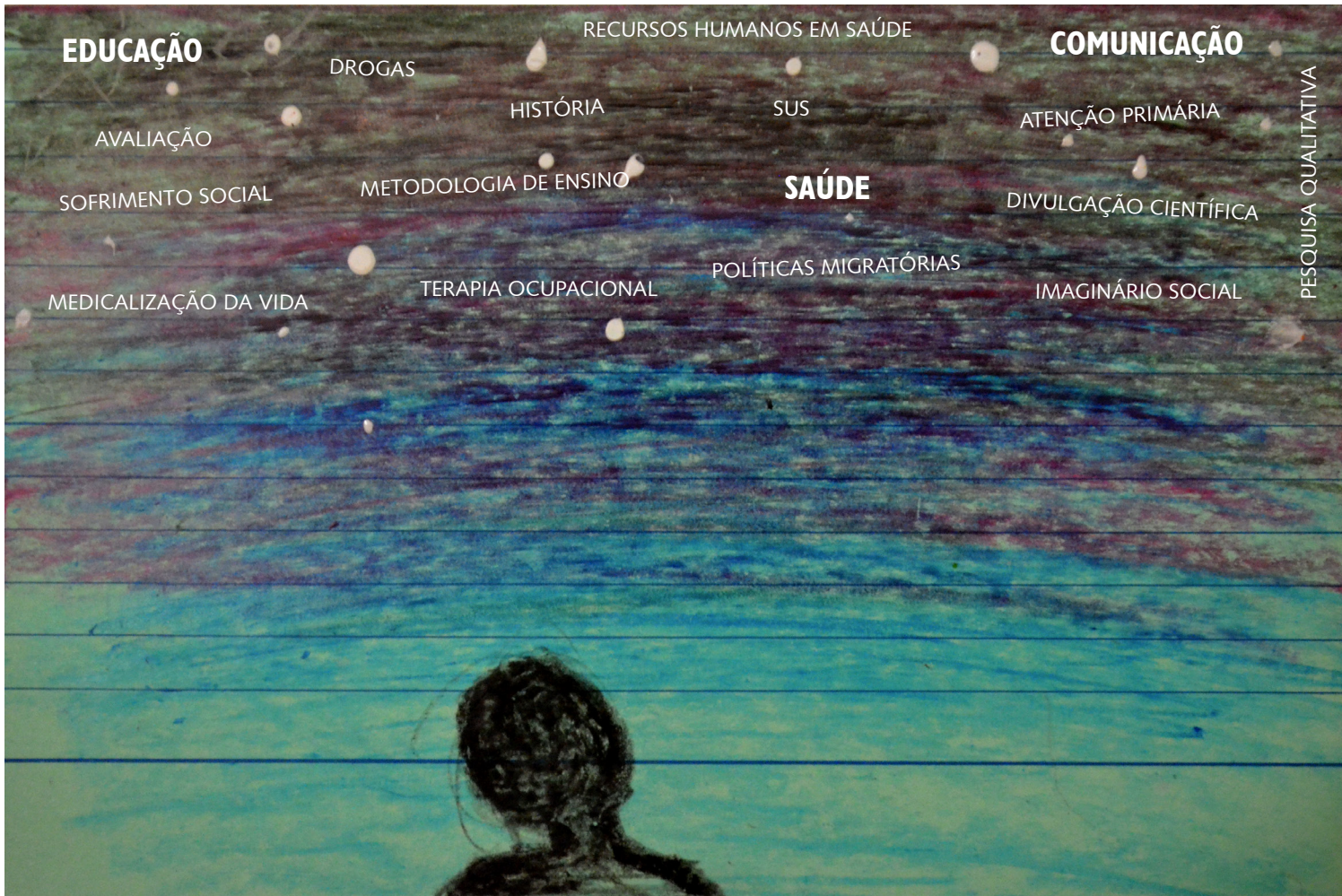
EDITORA DE CRIAÇÃO/CREATION EDITOR/EDITORA DE CREAÇÃO
Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP
Equipe de Criação/Creation staff/Equipo de Creación
Eduardo Augusto Alves Almeida, USP
Eliane Dias de Castro, USP
Gisele Dozono Asanuma, USP
Juliana Araújo Silva, Unesp
Renata Monteiro Buelau, USP

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)
María Jesus Carbajal Rodriguez (Espanhol/Spanish/Español)
Web design
Ester Campos Mello de Andrade
Manutenção do website/Website support/Manutención del sitio
Nieli de Lima

Capa/Cover/Portada: Elisandro Rodrigues, Ética da torneira, 2015 (filtros fotográficos sobre desenho com lápis de cor com montagem textual)



Interface - comunicação, saúde, educação/
UNESP, 2017; 21(61)
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

251 editorial

Por uma história recorrente da medicina, da saúde e da enfermidade
Claudio Bertolli Filho

dossiê

Migração e saúde

257 Apresentação

Cassio Silveira; Alejandro Goldberg

263 “O silêncio dos inocentes”. Os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo

Chiara Pussetti

273 Saúde e migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania

Beatriz Padilla

285 Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana

Daniel Granada; Ioná Carreno; Natália Ramos; Maria da Conceição Pereira Ramos

297 A saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos

Vivian Fadlo Galina; Tatiane Barbosa Bispo da Silva; Marcelo Haydu; Denise Martin

artigos

309 Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil

Gabriella Morais Duarte Miranda; Antonio da Cruz Gouveia Mendes; Ana Lucia Andrade da Silva

321 Satisfação de usuários da atenção primária à saúde: um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil

Carlos André Moura Arruda; Maria Lúcia Magalhães Bosi

333 Retórica na divulgação científica do imaginário de vida e saúde: uma proposta metodológica de análise

Madel Therezinha Luz; Alcindo Antônio Ferla; Anderson dos Santos Machado; Rafael Dall Alba

349 Uma agenda de pesquisa para a Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo, Brasil: o estudo ELECT

Eduardo Antônio de Sousa Orlandin; Leonardo Moscovici; Ana Carolina Arruda Franzon; Afonso Dinis Costa Passos; Amaury Lelis Dal Fabbro; Elisabeth Meloni Vieira; Fernando Belissimo Rodrigues; Gustavo Diniz Ferreira Gusso; Janise Braga Barros Ferreira; João Mazzoncini de Azevedo Marques; Luciana Cisoto Ribeiro; Luciane Loures dos Santos; Marcelo Marcos Piva Demarzo; Paulo Celso Nogueira Fontão; João Paulo Souza

363 Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso

Clarissa de Barros Lacerda; Marta Fuentes-Rojas

373 Produção do cuidado em Saúde Mental: desafios para além dos muros institucionais

Thayane Pereira da Silva Ferreira; Juliana Sampaio; Adelle Conceição do Nascimento Souza; Dilma Lucena de Oliveira; Luciano Bezerra Gomes

385 “Uma doença da mulher”: experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram Papanicolau

Edemilson Antunes de Campos; Lidiane Mello de Castro; Francine Even de Sousa Cavalieri

397 Informação e disciplina: a Coletânea de Educação Sanitária do estado de São Paulo (1939-1952)

Maria Cristina da Costa Marques; Danilo Fernandes Brasileiro; Suzana César Gouveia Fernandes

411 “Isso eu levo para a vida!”: aprendizagem da prática profissional em uma Comunidade de Prática

Táís Quevedo Marcolino; Gerusa Ferreira Lourenço; Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali

421 Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem

Valéria Vernaschi Lima

435 Consentir na criopreservação de embriões: percepção de casais usuários de medicina da reprodução

Susana Silva; Catarina Samorinha; Bruno Rodrigues Alves; Cláudia de Freitas; Helena Machado

espaço aberto

449 Regionalização dos conteúdos de um curso de especialização em Saúde da Família, a distância: experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFCSA) em Porto Alegre, Brasil

Alessandra Dahmer; Fernando Freitas Portella; Rodrigo Alves Tubelo; Luciana Bisio Mattos; Marta Quintanilha Gomes; Márcia Rosa da Costa; Maria Eugênia Bresolin Pinto

465 resenhas

criação

469 Dos estilhaços de uma pesquisa

Elisandro Rodrigues

editorial

- 251 For a recurrent history of medicine, health and disease
Claudio Bertolli Filho

dossier

Migration and health

- 257 Presentation
Cassio Silveira; Alejandro Goldberg
- 263 "The Silence of the Lambs". The paradoxes of welfarism and the martyrs of the Mediterranean
Chiara Pussetti
- 273 Health and Migration: participative methodologies as tools to promote citizenship
Beatriz Padilla
- 285 Debating health and migrations in a context of intense human mobility
Daniel Granada; Ioná Carreno; Natália Ramos; Maria da Conceição Pereira Ramos
- 297 Literature review on qualitative studies regarding the mental health of refugees
Vivian Fadlo Galina; Tatiane Barbosa Bispo da Silva; Marcelo Haydu; Denise Martin

articles

- 309 Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil
Gabriella Morais Duarte Miranda; Antonio da Cruz Gouveia Mendes; Ana Lucia Andrade da Silva
- 321 User's satisfaction of primary health care: a qualitative study in the Northeast of Brazil
Carlos André Moura Arruda; Maria Lúcia Magalhães Bosi
- 333 Rhetoric on scientific dissemination of life and health imagery: a proposal for methodological analysis
Madel Therezinha Luz; Alcindo Antônio Ferla; Anderson dos Santos Machado; Rafael Dall Alba
- 349 A research agenda for Primary Health Care in the state of São Paulo, Brazil: the ELECT study
Eduardo Antônio de Sousa Orlandin; Leonardo Moscovici; Ana Carolina Arruda Franzon; Afonso Dinis Costa Passos; Amaury Lelis Dal Fabbro; Elisabeth Meloni Vieira; Fernando Belissimo Rodrigues; Gustavo Diniz Ferreira Gusso; Janise Braga Barros Ferreira; João Mazzonecini de Azevedo Marques; Luciana Cisoto Ribeiro; Luciane Loures dos Santos; Marcelo Marcos Piva Demarzo; Paulo Celso Nogueira Fontão; João Paulo Souza

- 363 Meanings attributed to Psychosocial Care Center - Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) by its users: a case study
Clarissa de Barros Lacerda; Marta Fuentes-Rojas
- 373 Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls
Thayane Pereira da Silva Ferreira; Juliana Sampaio; Adelle Conceição do Nascimento Souza; Dilma Lucena de Oliveira; Luciano Bezerra Gomes
- 385 "A woman's illness": experience and meaning of cervical cancer of woman who underwent Pap test
Edemilson Antunes de Campos; Lidiane Mello de Castro; Francine Even de Sousa Cavalieri
- 397 Information and discipline: the Health Education Collection in the state of Sao Paulo, Brazil (1939-1952)
Maria Cristina da Costa Marques; Danilo Fernandes Brasileiro; Suzana César Gouveia Fernandes
- 411 "This is my take-home for life!": professional practice learning on a Community of Practice
Taís Quevedo Marcolino; Gerusa Ferreira Lourenço; Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali
- 421 Constructivist spiral: an active learning methodology
Valéria Vernaschi Lima
- 435 Consent on embryo cryopreservation: perception of couples using reproductive medicine
Susana Silva; Catarina Samorinha; Bruno Rodrigues Alves; Cláudia de Freitas; Helena Machado

open space

- 449 Regionalization of contents of an e-learning Family Health graduate course: the Open University of Brazilian National Health System experience (UNA-SUS/FCSPA), Porto Alegre, Brazil
Alessandra Dahmer; Fernando Freitas Portella; Rodrigo Alves Tubelo; Luciana Bisio Mattos; Marta Quintanilha Gomes; Márcia Rosa da Costa; Maria Eugênia Bresolin Pinto

reviews

creation

- 469 Bits and pieces of a research
Elisandro Rodrigues

editorial

- 251 Una historia recurrente de la medicina, la salud y la enfermedad
Claudio Bertolli Filho

dosier

Migración y salud

- 257 Presentación
Cassio Silveira; Alejandro Goldberg
- 263 “El silencio de los inocentes”. Las paradojas del asistencialismo y los mártires del Mediterráneo
Chiara Pussetti
- 273 Salud y migraciones: metodologías participativas como herramientas de promoción de la ciudadanía
Beatriz Padilla
- 285 Discutir sobre salud e inmigración en el contexto actual de intensa movilidad humana
Daniel Granada; Ioná Carreno; Natália Ramos; Maria da Conceição Pereira Ramos
- 297 La salud mental de los refugiados: una mirada sobre los estudios cualitativos
Vivian Fadlo Galina; Tatiane Barbosa Bispo da Silva; Marcelo Haydu; Denise Martin

artículos

- 309 Desafíos de las políticas públicas en el escenario de transición demográfica y cambios sociales en Brasil
Gabriella Morais Duarte Miranda; Antonio da Cruz Gouveia Mendes; Ana Lucia Andrade da Silva
- 321 Satisfacción de los usuarios de la atención primaria: estudio cualitativo en el Nordeste del Brasil
Carlos André Moura Arruda; Maria Lúcia Magalhães Bosi
- 333 Retórica en la divulgación científica del imaginario de vida y salud: una propuesta metodológica de análisis
Madel Therezinha Luz; Alcindo Antônio Ferla; Anderson dos Santos Machado; Rafael Dall Alba
- 349 Una agenda de investigación para la Atención Primaria de Salud en el estado de São Paulo, Brasil: el estudio ELECT
Eduardo Antônio de Sousa Orlandin; Leonardo Moscovici; Ana Carolina Arruda Franzon; Afonso Dinis Costa Passos; Amaury Lelis Dal Fabbro; Elisabeth Meloni Vieira; Fernando Belíssimo Rodrigues; Gustavo Diniz Ferreira Gusso; Janise Braga Barros Ferreira; João Mazzonecini de Azevedo Marques; Luciana Cisoto Ribeiro; Luciane Loures dos Santos; Marcelo Marcos Piva Demarzo; Paulo Celso Nogueira Fontão; João Paulo Souza

- 363 Significados y sentidos atribuidos al Centro de Atención Sicosocial Alcohol y otras Drogas (CAPS AD) por sus usuarios: un estudio de caso
Clarissa de Barros Lacerda; Marta Fuentes-Rojas
- 373 La producción del cuidado en salud mental: desafíos más allá de los muros institucionales
Thayane Pereira da Silva Ferreira; Juliana Sampaio; Adelle Conceição do Nascimento Souza; Dilma Lucena de Oliveira; Luciano Bezerra Gomes
- 385 “Una enfermedad de la mujer”: experiencia y significado de cáncer cervical para las mujeres que se sometieron el Papanicolaou
Edemilson Antunes de Campos; Lidiane Mello de Castro; Francine Even de Sousa Cavalieri
- 397 La información y la disciplina: la Antología de Educación Sanitaria del estado de Sao Paulo, Brasil (1939-1952)
Maria Cristina da Costa Marques; Danilo Fernandes Brasileiro; Suzana César Gouveia Fernandes
- 411 “Esto es algo que estará conmigo durante toda mi vida”: aprendizaje de la práctica profesional en una Comunidad de Práctica
Taís Quevedo Marcolino; Gersa Ferreira Lourenço; Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali
- 421 Espiral constructivista: una metodología activa de enseñanza y aprendizaje
Valéria Vernaschi Lima
- 435 Consentir en la crío-preservación de embriones: percepción de parejas usuarias de medicina de la reproducción
Susana Silva; Catarina Samorinha; Bruno Rodrigues Alves; Cláudia de Freitas; Helena Machado

espacio abierto

- 449 Regionalización de contenidos de un curso de especialización en Salud de la Familia, a distancia: la experiencia de la Universidad Abierta del Sistema Brasileño de Salud (UNA-SUS/FCSPA) en Porto Alegre, Brasil
Alessandra Dahmer; Fernando Freitas Portella; Rodrigo Alves Tubelo; Luciana Bisio Mattos; Marta Quintanilha Gomes; Márcia Rosa da Costa; Maria Eugênia Bresolin Pinto

reseñas

creación

- 469 De los fragmentos de una investigación
Elisandro Rodrigues

Por uma história recorrente da medicina, da saúde e da enfermidade

A concepção de história recorrente da medicina e de suas derivações imediatas impõe, como desafio inicial, o questionamento de algumas linhagens historiográficas que conferem sentido à prática do historiador das ciências. Isto porque a noção de recorrência aflorou como reação, sobretudo no ambiente acadêmico francês, aos princípios positivistas que fundamentaram a etapa inicial das pesquisas na área.

Proposta pioneiramente por Auguste Comte, em 1832, a necessidade de uma perspectiva histórica das ciências ganhou o foro de assunto controverso, fomentando acalorados debates. Foi em 1864, quase como exceção, que o Collège de France admitiu a disciplina História da Medicina em seu currículo, sendo que, somente dezoito anos depois, aprovou a criação de uma cátedra de História das Ciências¹.

A premissa positivista segundo a qual o decorrer histórico confundia-se com o aprimoramento da razão permitia a conclusão de que a história da medicina, enquanto campo de estudo, teria de ser articulada mediante a enumeração do acúmulo de conhecimentos racionais, os quais garantiriam o estatuto de cientificidade e eficiência do saber e da prática médica do final do século XIX. Nesse encaminhamento, a história inspirada nos pressupostos comteanos incorporava uma perspectiva linear, isto é, cronológica, e o pretensão triunfo da razão postava as ciências como fonte única do progresso social e do aperfeiçoamento humano, tanto no plano individual quanto coletivo.

O empirismo lógico emblematizado pelos positivistas antevia as inovações científicas como produções que se realizavam independentemente dos contextos sociais, sendo que os cientistas ganhavam homenagens biográficas nas quais eram festejados como personagens geniais e heróis de um novo tempo para a Humanidade. Sob estas orientações, a tarefa do historiador aproximava-se à do cronista, cuja missão era compilar fatos atestadores do movimento progressivo das ciências em direção ao território das “verdades definitivas”².

Em resultado, o positivismo conferiu impulso a uma história teleológica cujo objetivo era oferecer conteúdos intelectuais para municiar a cultura erudita, incorporadora da dimensão mitológica da medicina e de seus agentes e, implicitamente, oferecer elementos simbólicos que legitimassem a identidade positiva e a fluidez do biopoder como monopólio da comunidade hipocrática. Nesses termos, a história da medicina alcançou o status de expressão científica, gerando uma profusão de publicações que, renovadas mais na forma do que nos princípios, continuam a atrair leitores até os dias atuais. É de se notar que a historiografia positivista ainda é indicada como de consulta necessária em várias escolas médicas, persistindo, como principal referência, a clássica obra de Arturo Castiglione³.

A cultura europeia que floresceu a partir do encerramento da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) instigou uma vigorosa reação aos pressupostos positivistas e à produção dos historiadores a eles filiados. No contexto da história da medicina, Henry Sigerist⁴⁻⁶ deu início a uma produção acadêmica que se opunha à dimensão dogmática positivista, pontuando que o percurso histórico da medicina só poderia ser realmente compreendido quando articulado às grandes estruturas da sociedade. Com isto, ele abria as primeiras possibilidades de constituição de uma história social da medicina e, paralelamente, oferecia condições para debates que, mais tarde, seriam apresentados como o confronto entre os historiadores internalistas, que advogavam que o conhecimento médico era produzido

autonomamente em relação à sociedade abrangente, e os externalistas, que indicavam o saber e a prática médica como tributários dos contextos sociais em que existiam. Tal debate mantém-se em evidência até hoje, encontrando, em Kuhn⁷ e Latour⁸, pesquisadores que pontuam as forças estranhas às ciências como vetores intervenientes na realização científica.

Na década de 1930, Gaston Bachelard, o físico-químico que se fez filósofo, ganhou evidência como fomentador da crítica ao positivismo a partir do ideário da fenomenologia. Ao conjugar epistemologia e história, Bachelard⁹⁻¹¹ ensinou que a história das ciências não é uma sucessão linear de eventos, mas, sim, um processo que, em vez de continuidade e acúmulo diretivo de conhecimentos, é pautada por descontinuidades e reticências do fazer científico, cobrando uma postura dialética dos historiadores e filósofos das ciências.

Os conceitos de obstáculo epistemológico e de ruptura epistemológica tornaram-se fundamentais na proposta bachelardiana. Entende-se por obstáculo epistemológico a “resistência do pensamento ao próprio pensamento”, na qual a tradição científica atua como inibidora da reflexão potencialmente geradora de inovações. Em contraposição, a ruptura epistemológica constitui o momento em que ocorre um corte em relação ao direcionamento vigente nas pesquisas de um determinado problema, sendo, então, apresentadas novas possibilidades de encaminhamento de uma questão científica. Para ambos os conceitos, o exemplo consagrado refere-se ao evolucionismo darwiniano em meados do século XIX. Em seus apontamentos íntimos, inicialmente, Darwin alimentou um sincero receio de ousar pensar em algo que se opunha aos dogmas cristãos; e, em seguida, ao apresentar sua teoria e vê-la aceita por parte dos seus pares, permitiu que as ciências redefiniram muitos de seus pressupostos.

Inspirado por Bachelard, sem no entanto manter-se estritamente fiel ao seu ideário, o filósofo, que também graduou-se em medicina, Georges Canguilhem procedeu à crítica derradeira à história positivista da medicina. Em sua tese de doutorado, datada de 1943¹², ofereceu o rascunho de um projeto para a realização de uma história recorrente, mesmo que tal designação tenha sido cunhada apenas na década seguinte, pelo próprio Bachelard¹¹.

Adotando, então, o termo “regressão histórica”, Canguilhem partiu dos conceitos de normal e de patológico vigentes no momento em que escrevia para, em termos de homogeneidade, continuidade e relação quantitativa, voltar-se para as pesquisas do pretérito, não para retrair o nascimento mitológico do pensamento médico, mas, sim, para privilegiar a “origem reflexiva” do tema focado. Com esse encaminhamento, seu objetivo era analisar os sistemas de pensamento que, em cada conjuntura, conferiram sentido e legitimidade científica ao que se entendia por normal e patológico. O percurso realizado por Canguilhem mostrou-se repleto de armadilhas, pois ele próprio constatou que, com frequência, as discussões sobre ambos os conceitos mostravam-se labirínticas e quase que irreconhecíveis, e o estudo das “origens” de um debate mostrava-se fundamental para o entendimento do ponto em que se encontrava a “verdade científica” do tempo presente. Nesse sentido, provavelmente sem saber, Canguilhem seguia caminho paralelo ao do polonês Ludwik Fleck que, em 1935, desenvolvera um estudo histórico sobre o percurso das representações médicas de um fato científico, tomando como exemplo a sífilis¹³.

A perspectiva teórico-epistemológica de história recorrente não contou com textos dedicados exclusivamente ao clareamento dos pontos centrais do projeto de Canguilhem. Em vez disso, o filósofo-médico disseminou “pistas” em sua prolífica produção intelectual sobre como elaborar uma história de tal dimensão. Além disso, Canguilhem corrigiu e aperfeiçoou, sucessivas vezes, seu

estudo sobre o normal e o patológico, inclusive, sob a influência de seu mais destacado aluno, Michel Foucault^{14,15}, graças a quem revisou as estratégias de busca da origem de uma questão médica e, também, os mecanismos de produção discursiva das ciências. É preciso lembrar que, devido à sua aproximação com as ideias foucaultianas, a partir da década de 1960 Canguilhem foi automaticamente rotulado como um intelectual estruturalista, avaliação que rejeitou em relação a si e à sua concepção de história das ciências.

Fruto inicial desse empreendimento, Canguilhem reiterou, sob novas bases metodológicas, o que já havia sido alertado por Bachelard⁹ no referente à urgência de o pesquisador operar a dissociação entre o objeto da pesquisa científica, o “fato dado”, e o produto do empenho científico, o “fato construído”, enfatizando a análise do discurso científico. Na sequência, convocou os historiadores da medicina a se aterem às fontes documentais que favorecessem a composição de enfoques “microscópicos”, valorizando os debates médicos realizados em conjunturas específicas e, até então, escassamente vistoriados pelos historiadores tradicionais, que, em conjunto, mostravam-se reféns das análises que contemplavam os eventos referentes às “grandes descobertas” e às trajetórias de vida dos “grandes personagens” da medicina¹⁶⁻¹⁸.

Além disso, destacou, também que a história da medicina não deveria ser articulada exclusivamente com os conhecimentos admitidos pela comunidade especializada. Os “museus dos horrores”, lembrados pelos positivistas como “curiosidades” que atestavam a ingenuidade do espírito dos esculápios de outros tempos, ganharam a condição de elementos significativos para o pesquisador; os potenciais limites e insuficiências das posições intelectuais reprovadas no interior do universo médico também exerceriam um papel de importância para que a ciência atingisse uma coerência interna e moldasse a medicina contemporânea.

O fundador da história recorrente da medicina também ensinou que, paralelamente às rupturas epistemológicas bachelardianas, o pesquisador deveria reconhecer as filiações grupais a um conjunto de princípios, filiações estas que conferiam concretude às escolas de pensamento no campo das ciências. Provavelmente inspirado no também filósofo Lucien Goldmann¹⁹, Canguilhem adotou como implícito, em seus estudos, o conceito de “consciência possível”, referindo-se aos limites impostos em cada momento histórico ao pensamento. A partir disso, foi possível a Canguilhem elaborar a noção de “ideologia das ciências da vida”²⁰ que, diferente dos postulados de Marx (na verdade, como reação às discussões alimentadas com outro de seus ex-alunos, o marxista Louis Althusser), definiu como sendo os sistemas explicativos que se tornaram hegemônicos nas ciências médicas durante um relativamente longo período de tempo. Além disso, tal conceito contribuiu para que o autor advogasse a autonomia relativa das ciências, encontrando um ponto de equilíbrio entre os defensores do internalismo e do externalismo. Para ele, as ciências eram produzidas por regras próprias, mas essas regras sofriam interferência dos ambientes culturais, institucionais e sociopolíticos.

Ancorado nos conceitos de rupturas e continuidades epistemológicas, micro-história e ideologia das ciências da vida, dentre outros, Canguilhem forjou um núcleo teórico e um conjunto de orientações metodológicas para a produção de uma história recorrente da medicina, da saúde e da enfermidade. Reclusa no espaço epistemológico do fazer das ciências, outros pesquisadores expandiram o escopo da história recorrente, voltando atenções para outros tópicos, dentre eles: a circulação dos discursos centrados nas trajetórias institucionais, terapêuticas, ensino médico e experiência individual e grupal de viver sob o signo da enfermidade^{21,22}.

A importância de tal proposta ganha maior sentido quando se buscam as possíveis funções da história recorrente no campo da medicina. Se, por um lado, ela permite um entendimento mais apurado, porque afastado de posturas dogmáticas, das condições de existência da medicina e de suas instituições, por outro, abre oportunidades para o ensino como ato pedagógico humanizador de todos os envolvidos: instituições, profissionais da saúde e pacientes.

É com esta ideia editorial sobre a história da medicina que a Interface convoca os pesquisadores tanto da área da Saúde Coletiva quanto da História e das demais Ciências Humanas para submeterem seus textos para publicação. Ao incorporarem a perspectiva da história recorrente, tanto os pesquisadores, como a comunidade de leitores e nossa própria revista estarão abrindo mais uma possibilidade para o entendimento do complexo universo que, em termos abrangentes, comumente denominamos “medicina do nosso tempo”.

Claudio Bertolli Filho
Editor Assistente

Referências

1. Gusdorf G. De l'histoire des sciences à l'histoire de la pensée. Paris: Payot; 1977.
2. Bernal JD. Ciência na história. Lisboa: Livros Horizonte; 1976.
3. Castiglione A. História da medicina. São Paulo: Ed. Nacional; 1947. 2 vols.
4. Sigerist H. Introduction à la médecine. Paris: Payot; 1932.
5. Sigerist H. Civilization and disease. The University of Chicago Press; 1943.
6. Sigerist H. Hitos en la historia de la salud pública. 3a ed. México, D.F.: Siglo Veintiuno; 1987.
7. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. 10a ed. São Paulo: Perspectiva; 2010.
8. Latour B, Woolgar S. Laboratory life: the construction of scientific facts. Princeton: Princeton University Press; 1986.
9. Bachelard G. O novo espírito científico. 3a ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2000.
10. Bachelard G. A formação do espírito científico. Rio de Janeiro: Contraponto; 2005.
11. Bachelard G. Epistemologia. Barcelona: Anagrama; 1989.
12. Canguilhem G. O normal e o patológico. 7a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2015.
13. Fleck L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico: introdução à doutrina de pensamento e do coletivo de pensamento. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
14. Foucault, M. A arqueologia do saber. 7a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
15. Foucault M. As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. Lisboa: Ed. 70; 2014.
16. Canguilhem G. Estudos de história e filosofia das ciências – concernentes aos vivos e à vida. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
17. Canguilhem G. O conhecimento da vida. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
18. Canguilhem G. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
19. Goldmann L. Le dieu caché: étude sur la vision tragique dans les Pensées de Pascal et dans le theatre de Racine. Paris: Gallimard; 2013.
20. Canguilhem G. Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie. 2a ed. Paris: J. Vrin; 2000.
21. Revel J, Peter J-P. O corpo: o homem doente e sua história. In: Le Goff J, Nora P. História: novos objetos. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1976. p. 141-59.
22. Herzlich C, Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison. Paris: Payot; 1991.

For a recurrent history of medicine, health and illness

The conception of recurrent history of medicine and its close spin-offs imposes from the beginning a challenge to the historiographical currents that are in basis of the practice of science historians. The notion of recurrent history appeared specifically in the French academic environment as a reaction to the positivism that was the foundation of the early stages of research in this area.

Beginning with the innovative proposal made by Auguste Comte in 1832, the need for a historical perspective of sciences entered into a controversial arena, subject of vigorous debates. In 1864, almost as an exception, the Collège de France integrated in its curriculum a subject called History of Medicine, but only eighteen years later this institution approved a Chair of History of Sciences¹.

The Positivist assumption postulated that the historical process was one and the same as the positive development of reason. This basis allowed them to conclude that the field related to the history of Medicine should be built creating a list of progressively added rational knowledge, which in turn ensured the scientificity and efficacy of such knowledge, and consequently of the medical practices in the end of the 19th Century. Following this path, history under Auguste Comte's principles was conceived as a linear process, with a chronology and a presupposition of the triumph of reason, thus placing in science the only source of social progress and human improvement, both individually and collectively.

Logical empiricism, as the ideal type foreseen by positivists incorporated scientific innovation as a standalone product, not related to the social context. Scientists were celebrated in biographies as geniuses and heroes of a new age for mankind. This perspective put the historian in the position of a journalist with the mission of putting together the facts that proved the relentless forward movement of science in the direction of the so-called "definite truths"²

As a result, Positivism promoted a teleological history geared towards supplying intellectual contents for the erudite culture, with a mythological dimension of Medicine and its agents. Indirectly it also created symbolic elements that gave legitimacy to the positive identity and the fluid bio-power as a monopoly field for the Hippocratic community. Those characteristics allowed the History of Medicine to be accepted as a scientific expression and generated a plethora of publications that are still attractive nowadays, even though they have been revisited basically in terms of format and not in their foundations. Worth of note is the fact that the Positivist historiography is still used as a required reading in several medical schools, having the classical book from Arturo Castiglione³ still as a reference.

The European culture flourished after the First World War (1914-1918) and fostered a strong reaction to the positivist foundations and to the intellectual production of its members. In the context of History of Medicine, Henry Sigerist⁴⁻⁶ launched an academic production that opposed dogmatic positivism by postulating that the historical pathway of Medicine could not be understood without linking it to the wider structures of societies.

This was the starting point for a social history of Medicine, and it also opened the ground for a debate that would be later analyzed as a confrontation between two movements. The internalist historians postulated that medical knowledge was an autonomous creation, independent from society. On the other side, the externalists placed the medical knowledge and practice as dependent on their social contexts. This debate is still current and we can find in Kuhn⁷ and Latour⁸

examples of researchers that postulate that external forces intervene in the scientific production.

During the 30's Gaston Bachelard, a Physic and Chemical expert that later was interested in philosophy gained relevance as a promoter of the criticism to positivism, using as a starting point the framework of phenomenology. By joining together epistemology and history, Bachelard⁹⁻¹¹ showed that history of science is not a linear timeline of events. Instead it is a process characterized by discontinuity and drawbacks of the scientific practice and required the historians and science philosopher to exercise a dialectic stance.

Concepts such as the "epistemic obstacle" and "epistemic rupture" are basic tenets of Bachelard's proposal. Epistemic obstacle is in this conception "the resistance of thinking to thinking itself", a situation where scientific traditions act as inhibitor of the reflective posture that may lead to innovation. Opposite to this concept, the epistemic rupture is the moment when there is a break up of the previous order of research, allowing for new possibilities to process scientific queries. Both concepts are well exemplified by Darwinian evolutionism in the mid 1800. As may be seen in his personal notes, Darwin was genuinely concerned because he was daring to think in a way that opposed Christian dogma; later on when his ideas were presented and gather positive peer reaction, opened the possibility for a wider redefinition of many scientific postulates.

Under Bachelard inspiration (even though not fully faithful to Bachelard ideas), Georges Canguilhem, a philosopher and physician, made the ultimate criticism to the positivist history of Medicine. In his doctoral thesis, in 1943¹² he proposed a draft project of recursive history, even when this name was only coined later on by Bachelard himself¹¹.

Canguilhem used the term "historic regression" and through the use of the concepts of what was normal and pathologic at that time, and in terms of homogeneity, continuity and quantitative relation, directed his attention to research the past, not as a way to redraw the mythological origin of the medical thought, but to privilege instead the "reflective origin" of the selected topic.

Departing from this process his objective was to analyze the systems of thought that, in each conjuncture, gave sense and scientific legitimacy to what was understood as normal and pathological. Canguilhem's path proved to be full of pitfalls, since he himself found that discussions on both concepts were often labyrinthine and almost unrecognizable, and the study of the "origins" of a debate was fundamental to the understanding of the point where the "scientific truth" of the present time was. In this sense, and probably unknowingly, Canguilhem pursued a parallel track to that of the Polish scholar Ludwik Fleck. Fleck had developed in 1935 a historical study of the path of medical representations of a scientific fact, taking as an example syphilis¹³.

The theoretical-epistemological perspective of recurrent history was not accompanied by texts dedicated exclusively to shed light on the central points of Canguilhem's project. Instead, the medical philosopher disseminated "clues" in his prolific intellectual output on how to craft such a story. In addition, Canguilhem corrected and perfected his study on the normal and pathological, successive times, under the influence of his most outstanding student, Michel Foucault^{14,15}. Foucault was instrumental in helping Canguilhem to review the strategies of search of the origin of a medical question as well as the mechanisms of discursive science production. It should be remembered that, because of his approach to Foucauldian ideas, from the 1960s on, Canguilhem was automatically labeled as a structuralist intellectual, an evaluation he rejected in regard to himself and his conception of the history of science.

As an initial fruit of this enterprise, Canguilhem reiterated under new methodological bases, what had already been warned by Bachelard⁹ regarding the urgency of the researcher to operate the dissociation between the object of scientific research, the "given fact", and the product of scientific effort, the "constructed fact", emphasizing the analysis of scientific discourse. He then urged medical historians to stick to documentary sources that favored the composition of "microscopic" approaches, valuing the medical debates held at specific junctures and, until then, scarcely surveyed by the traditional historians. Those historians were hostages of the analyses that contemplated the events referring to the "great discoveries" and the life trajectories of the "great characters" of medicine¹⁶⁻¹⁸.

In addition, he also stressed that the history of medicine should not be exclusively articulated with the official knowledge of the specialized community. The "museums of horrors", remembered by the positivists as "curiosities" attesting to the ingenuity of the spirit of ancient Asclepius scholars, have gained the status of significant elements for the researcher. The potential limits and insufficiencies of the intellectual positions reprovved within the medical universe would also play an important role if science were to achieve internal coherence and be able to shape contemporary medicine.

The founder of the recurrent history of medicine also taught that, in parallel with the Bachelard's epistemological ruptures, the researcher should recognize the group affiliations to a set of principles, giving concrete form to the schools of thought in the field of sciences. Probably inspired by the philosopher Lucien Goldmann¹⁹, Canguilhem adopted as implicit in his studies the concept of "possible consciousness", referring to the limits imposed to the thinking process at each historical moment.

From these bases, it was possible for Canguilhem to elaborate the notion of "life sciences ideology,"²⁰ which, unlike Marx's postulates (in fact, as a reaction to discussions with another of his former pupils, the Marxist Louis Althusser), was defined as explanatory systems that have become hegemonic in the medical sciences for a relatively long period of time. Moreover, this concept contributed to the author's advocacy of the relative autonomy of the sciences, finding a point of balance between the advocates of internalism and externalism. For Canguilhem, science was produced by its own rules, but these rules were interfered by cultural, institutional, and sociopolitical environments.

Anchored in the concepts of epistemological ruptures and continuities, microhistory and ideology of the life sciences, among others, Canguilhem forged a theoretical nucleus and a set of methodological orientations for the production of a recurrent history of medicine, health and disease. In the epistemological space of the making of sciences, other researchers expanded the scope of recurrent history, turning their attention to other topics, among them: the circulation of discourses centered on institutional pathways, therapeutic, medical teaching and individual and group experiences of living under the sign of disease^{21,22}.

The importance of such a proposal makes more sense when searching for the possible functions of recurrent history in the field of medicine. If, on the one hand, it allows a more accurate understanding, because it moves apart from dogmatic positions, the conditions of existence of medicine and its institutions, on the other hand it opens up opportunities for teaching as a humanizing pedagogical act for all those involved: institutions, health practitioners and patients.

Under this editorial idea about the history of medicine, Interface summons researchers from the area of Collective Health as well as from History and other Human Sciences to submit their texts for publication. By embracing the

perspective of recurrent history, researchers, the community of readers and our own journal will open up one more possibility for understanding the complex universe we commonly call "medicine of our time."

Claudio Bertolli Filho
Assistant Editor

References

1. Gusdorf G. De l'histoire des sciences à l'histoire de la pensée. Paris: Payot; 1977.
2. Bernal JD. Ciência na história. Lisboa: Livros Horizonte; 1976.
3. Castiglione A. História da medicina. São Paulo: Ed. Nacional; 1947. 2 vols.
4. Sigerist H. Introduction à la médecine. Paris: Payot; 1932.
5. Sigerist H. Civilization and disease. The University of Chicago Press; 1943.
6. Sigerist H. Hitos en la historia de la salud pública. 3a ed. México, D.F.: Siglo Veintiuno; 1987.
7. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. 10a ed. São Paulo: Perspectiva; 2010.
8. Latour B, Woolgar S. Laboratory life: the construction of scientific facts. Princeton: Princeton University Press; 1986.
9. Bachelard G. O novo espírito científico. 3a ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 2000.
10. Bachelard G. A formação do espírito científico. Rio de Janeiro: Contraponto; 2005.
11. Bachelard G. Epistemologia. Barcelona: Anagrama; 1989.
12. Canguilhem G. O normal e o patológico. 7a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2015.
13. Fleck L. Gênese e desenvolvimento de um fato científico: introdução à doutrina de pensamento e do coletivo de pensamento. Belo Horizonte: Fabrefactum; 2010.
14. Foucault, M. A arqueologia do saber. 7a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
15. Foucault M. As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas. Lisboa: Ed. 70; 2014.
16. Canguilhem G. Estudos de história e filosofia das ciências – concernentes aos vivos e à vida. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
17. Canguilhem G. O conhecimento da vida. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2012.
18. Canguilhem G. Escritos sobre a medicina. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
19. Goldmann L. Le dieu caché: étude sur la vision tragique dans les Pensées de Pascal et dans le theatre de Racine. Paris: Gallimard; 2013.
20. Canguilhem G. Idéologie et rationalité dans l'histoire des sciences de la vie. 2a ed. Paris: J. Vrin; 2000.
21. Revel J, Peter J-P. O corpo: o homem doente e sua história. In: Le Goff J, Nora P. História: novos objetos. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1976. p. 141-59.
22. Herzlich C, Pierret J. Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison. Paris: Payot; 1991.

Apresentação

Presentation

Presentación

Cássio Silveira^(a)
Alejandro Goldberg^(b)

O desenvolvimento de estudos sobre os processos migratórios e a saúde dos migrantes internacionais e refugiados tem contribuído para a ampliação dos debates metodológicos e conceituais sobre o tema^{1,2,3}.

No campo de estudos em Saúde Coletiva, assim como nas transformações observadas no campo das práticas em saúde que compreendem a assistência e a saúde pública, emerge a necessidade de se refletir sobre os modos de vida e as condições de saúde de grupos migratórios internacionais e refugiados, contextualizando-as em processos originados por causas econômicas, políticas e ambientais que impulsionam, ao deslocamento transnacional, indivíduos e famílias^{4,5,3}.

Este dossiê tem por finalidade contribuir para o debate de alguns aspectos críticos de concepções subjacentes às interpretações sobre os processos migratórios e a saúde dos imigrantes e refugiados; assim como propiciar um balanço do espectro de descrições detalhadas sobre processos de adoecimento vividos nos deslocamentos humanos e a variabilidade de sentidos a eles imputados. Os temas abordados vão dos cuidados produzidos por sistemas nacionais de saúde, aos riscos impostos por determinadas interpretações e intervenções que, muitas vezes, constroem explicações estigmatizantes e discriminatórias que servem: à recusa da convivência e do compartilhamento de bens e serviços essenciais à vida, ou, mesmo, à abertura de obscuros caminhos trilhados por um humanitarismo que inferioriza o imigrante e instituiu formas de acolhimento e cuidados distantes de orientações fundadas no reconhecimento de direitos.

O texto de abertura, concebido por Chiara Pussetti e intitulado “O silêncio dos inocentes – Os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo”⁶, expõe algumas reflexões sobre as iniquidades e tragédias vivenciadas pelos povos africanos que navegam pelo mar Mediterrâneo em direção ao velho continente. A autora, por intermédio de um estilo ensaístico, emociona o leitor com uma escrita teoricamente densa, que descreve as correntes de representações, ideias

^(a) Faculdade de Ciências Médicas, Santa Casa de São Paulo. Rua Cesário Mota Junior 61, 5º andar. São Paulo, SP, Brasil. 01221-020. cassio.silveira@femsantacasasp.edu.br

^(b) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Ciencias Antropológicas, Universidad de Buenos Aires (CONICET-UBA). Buenos Aires, Argentina. alejandro.goldberg@gmail.com

e práticas construídas no continente europeu e que colocam os processos migratórios à sombra da história, acusando a formulação e a prática de uma gestão dos imigrantes embasada na ideia central de controle social. Nesta direção, considera o papel essencial de instituições públicas e das mídias que formulam, veiculam e legitimam certa lógica de 'gestão' das imigrações, operando por meio da seleção dos imigrantes (os que interessam, em oposição aos que não interessam), anulando os sujeitos políticos e despersonalizando os sujeitos históricos.

Na contemporaneidade, portanto, as noções de refugiado, expatriado e exilado formam o campo semântico das migrações. As representações que imputam as qualidades de 'perigosos', 'carentes' e 'desprotegidos' acabam por configurar um campo de sentidos que explica e legitima o controle sobre os corpos. O campo da biomedicina, por sua vez, contribuiu com esse campo semântico ao elaborar e difundir a descrição de um quadro patológico: a Síndrome de Ulisses. De acordo com a crítica que coloca tal designação nosológica como um reducionismo da complexidade dos processos migratórios, a autora alerta para a patologização destes processos. A 'invenção das síndromes' – e seus desdobramentos na difusão pelos sistemas de saúde, suas derivações na formação de trabalhadores em saúde e na organização de serviços – retira-nos a possibilidade de produzirmos análises e práticas que focalizem a identidade dos sujeitos. Na verdade, as identidades são suprimidas, colocando o sujeito no lugar daquele que somente sofre o mal. O controle sociotécnico, a vitimização dos sujeitos em deslocamento e o direito ao asilo nos países receptores instituem as bases para uma proteção humanitária e legitimam os processos de gestão.

O texto seguinte, de autoria de Daniel Granada da Silva Ferreira, Ioná Carrero, Natália Ramos e Maria da Conceição Pereira Ramos, intitulado "Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana"⁷, abre ao leitor uma interessante perspectiva da produção bibliográfica sobre imigração e saúde no contexto brasileiro. Coloca em foco o debate dentro do campo interdisciplinar da Saúde Coletiva, procurando oferecer um panorama da produção de saberes sobre as necessidades em saúde dos migrantes internacionais. Considerou, por um lado, a análise de modelos explicativos abrangentes, e, por outro, os reducionismos analíticos produzidos em nossa história e seus desdobramentos na formulação e disseminação de atos de omissão, pelo poder público, em relação à saúde de determinados grupos sociais, além da difusão de ações discriminatórias que se perpetuaram durante os séculos de formação social do país.

Numa perspectiva histórico-comparativa, os autores retomam distintas contribuições que abordam casos de doenças entre imigrantes e as ações em saúde pública: desde os migrantes africanos forçados ao escravismo dos tempos coloniais, passando pelos imigrantes europeus dos séculos XIX e XX, assim como os emigrantes brasileiros em Portugal e Japão, na atualidade. No contexto contemporâneo, os autores apresentam as transformações nas vidas e na saúde de grupos específicos que chegam ao Brasil, marcadamente os africanos, os sul-americanos e os haitianos. Trabalho precário, ou ausência de trabalho, acabam por comprometer as situações de vida e a saúde desses imigrantes. Mais recentemente, a relação dos imigrantes com os serviços de saúde, particularmente no tocante ao problema do acesso, configurou um minucioso conjunto de debates sobre comunicação e linguística, preconceitos identificados nas ações em saúde, além da constatação de estereótipos e atos de discriminação produzidos pelas políticas e ações em saúde⁸.

O artigo "Saúde e migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania"⁹, da autora Beatriz Padilla, sugere algumas reflexões acerca de questões metodológicas que envolvem o debate sobre a participação dos imigrantes na construção de estruturas de acesso aos serviços de saúde. Por meio da apresentação de um relato de caso específico, a autora expõe aspectos teórico-metodológicos sobre formas de envolvimento dos grupos de imigrantes no acesso aos serviços de saúde. O caso relatado, ocorrido em Portugal, envolveu mulheres em um serviço de saúde materno-infantil, expondo as bases dessa perspectiva metodológica ancorada no *policy-making*, e a descrição de suas potencialidades no tocante à formulação e execução de políticas em saúde que privilegiam os atores-chave, além de planificar e executar políticas e ações de saúde mediadas pelas perspectivas dos atores envolvidos no processo. O artigo perfaz um circuito historiográfico de experiências de desenvolvimento das metodologias participativas em países anglo-saxões, incluindo a América Latina, com o surgimento e a força histórica representada pelos movimentos sociais,

particularmente o protagonismo da igreja “progressista” (segmento crítico-social da igreja católica). O texto descreve o processo de Investigação Ação Participativa (IAP), com foco na efetivação da cidadania em saúde de imigrantes e suas famílias, buscando o crescente envolvimento das cidadãs (ênfase dada às mulheres) em assumirem responsabilidades em saúde, promovendo inserção social por meio de práticas “inclusivas e empoderadoras”.

Na contramão das concepções e práticas que produzem a anulação e a vitimização dos sujeitos, produzidas por Estados e mídias no Ocidente, o exemplo da participação de mulheres imigrantes africanas radicadas em Portugal abre questionamentos em relação ao modelo de gestão dos processos migratórios internacionais, ou, nas palavras de Agier¹⁰, da gestão dos indesejáveis e das técnicas de tratamento e controle subjacentes.

Por fim, o artigo intitulado “Revisão de literatura sobre saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos”¹¹, de autoria de Vivian Fadlo Galina, Tatiane Barbosa, Marcelo Haydu e Denise Martin, encerra o dossiê com a apresentação do estado da arte da literatura científica internacional acerca da saúde mental dos refugiados. Temática fundamental aos debates no campo de estudos sobre os refugiados, o texto problematiza as análises sobre a saúde das populações em deslocamento em seu aspecto, talvez, mais crítico: a ênfase dada aos traumas e certo relativismo observado nas análises acerca do sofrimento no contexto epistemológico de categorias elaboradas e difundidas a partir do ocidente. Com base em elaboração de uma classificação orientada pelo mapa de temas levantado em consultas bibliográficas, os autores operaram a partir da seguinte delimitação categorial: saúde mental de adultos, saúde mental de crianças e adolescentes, e cuidados em saúde para os refugiados. Tal classificação configura importante e cuidadosa aproximação investigativa junto às bases de dados bibliográficos e, sobretudo, de conteúdos veiculados em periódicos nacionais e internacionais sobre tão complexa relação entre o refúgio e as maneiras de conceber a saúde mental em seus pressupostos biomédicos e biopolíticos, dentro dos complexos processos dos deslocamentos humanos.

Estes quatro artigos provocam a reflexão sobre a complexidade e diversidade de perspectivas no campo de investigações sobre as migrações internacionais e saúde. Alertam cuidadosamente, e sob múltiplos ângulos, sobre os riscos de tomar estes temas, seja dos imigrantes, ou, no caso mais específico dos refugiados, a partir de um olhar pretensamente neutro e despolitizado. Por um lado, porque as ideias e imagens divulgadas na mídia são sempre impactantes e mobilizadoras; por outro, porque os processos de mobilidade humana, em sua maior porção, requerem cuidados e atenção solidários. Somos, portanto, conduzidos a certa visão homogeneizante e superficial sobre os imigrantes que escondem as mais variadas e complexas relações sociais em seus percursos como deslocados e/ou indesejados. O “outro que sofre”, como nos ensina Chiara Pussetti⁶, não pode ser reduzido à exclusiva condição de vítima.

Os textos aqui apresentados perfazem críticas profícuas e fecundas a certas orientações interpretativas a-históricas e focadas em modelos monolíticos. Colocam, portanto, em relevância o problema da interculturalidade no contexto da saúde¹². Contextos interculturais não devem ser analisados sob a consideração de que os atores sociais são homogêneos e monolíticos, reforçando a oposição entre grupos étnicos e sociedade de tradição ocidental. Contemplar as diferenças entre os vários grupos étnicos em termos de religião, gênero, adesão política, escolaridade, poder ou grupos de idade e, também, caracterizá-los pela mudança, e não pela permanência, parece abrir perspectivas mais sensíveis à compreensão e ao reconhecimento de necessidades específicas resultantes de múltiplos processos sociais.

O tema das migrações internacionais, refugiados e saúde requer, necessariamente, um enfoque relacional que contemple contextos particulares, e cuidados para não tomar os modelos biomédicos como parâmetros exclusivos e rígidos nas comparações. *A priori* é impossível estabelecer a comunicação entre os modelos biomédicos e grupos específicos de imigrantes nos processos de saúde, doença e cuidados. O permanente cuidado em não estereotipar comportamentos ou grupos – como se a polaridade ‘nós, nacionais’ e ‘os outros, imigrantes-refugiados’ permitisse qualquer parâmetro de comparação – pode viabilizar análises e compreensões mais ampliadas das migrações internacionais enquanto processos amplos e profundos que envolvem a percepção e a aceitação de que laços de parentesco, econômicos, religiosos e afetivos entre os que migram e os que ficam constituem uma

considerável trama de relações sociais, muito além das novas tramas construídas nos países de recepção.

Por fim, a força das ideias sobre sociedades com fronteiras e identificadas como entidades isoladas resulta de concepções já antigas e consolidadas, particularmente no campo das ciências humanas e sociais, de que as sociedades nacionais são tomadas como unidades de estudo naturalmente dadas, e não como constructos histórico-sociais. Nesta concepção, contrariamente às perspectivas interpretativas apresentadas pelos autores neste dossiê, o imigrante subjaz como agente de rompimento com as regras fundantes da divisão entre países e fronteiras e, também, com uma ordem naturalizada de sociedades fundadas na concepção de Estado-nação¹³.

Referências

1. Goldberg A, Silveira C. Social inequality, access conditions to public health care and processes of care in Bolivian immigrants in Buenos Aires and São Paulo: a comparative inquiry. *Saude Soc.* [Internet]. 2013 [citado 17 Nov 2016]; 22(2):283-97. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200003&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000200003>.
2. Goldberg A; Martin D, Silveira C. Por um campo específico de estudos sobre processos migratórios e de saúde na Saúde Coletiva. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2015 [citado 17 Nov 2016]; 19(53):229-32. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000200229&lng=en&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0194>.
3. Santos FV. A inclusão dos migrantes internacionais nas políticas do sistema de saúde brasileiro: o caso dos haitianos no Amazonas. *Hist Cienc Saude-Manguinhos.* 2016; 23(2):477-94. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702016000200008>.
4. Cavalcanti L. Novos fluxos migratórios para o mercado de trabalho brasileiro. *Desafios para políticas públicas. Rev ANPEGE.* 2015; 11(16):21-35. DOI: <http://dx.doi.org/10.5418/RA2015.1116.0002>.
5. Rizek CS, Georges I, Silva CF. Trabalho e imigração: uma comparação Brasil-Argentina. *Lua Nova.* 2010; 79:111-42. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452010000100006>
6. Pussetti C. O silêncio dos inocentes – os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(61):263-72.
7. Ferreira DGSF, Carrero I, Ramos N, Ramos MCP. Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(61):285-96.

8. Sargent C, Larchanché S. Transnational migration and global health: the production and management of risk, illness, and access to care. *Annu Rev Anthropol.* 2011; 40(1):345-61.
9. Padilla B. Saúde e migrações: metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania". *Interface (Botucatu).* 2017; 21(61):273-84.
10. Agier M. Refugiados diante da nova ordem mundial. *Tempo Soc.* [Internet]. 2006 [citado 08 Dez 2016]; 18(2):197-215. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702006000200010&lng=pt&nrm=iso. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702006000200010>.
11. Galina VF, Barbosa T, Haydu M, Martin D. Revisão de literatura sobre saúde mental dos refugiados: um olhar sobre estudos qualitativos". *Interface (Botucatu).* 2017; 21(61):297-308.
12. Menéndez E. Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Cienc Saude Coletiva.* 2016; 21(1):109-18. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>.
13. Wimmer A, Schiller NG. Methodological nationalism and beyond: nation-state building, migration and the social sciences. *Glob Netw.* 2002; 2(4):301-34. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0374.00043>.

Submetido em 06/02/2017. Aprovado em 06/02/2017.

“O silêncio dos inocentes”.

Os paradoxos do assistencialismo e os mártires do Mediterrâneo

Chiara Pussetti^(a)

Pussetti C. “The Silence of the Lambs”. The paradoxes of welfarism and the martyrs of the Mediterranean. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(61):263-72.

The management of immigrants and refugees has become in recent years a major social challenge. Through the revision of recent international events and of my own field research related to mental health of immigrants and refugees in Portugal I will 1) reconsider the tragic consequences of the hardening of immigration policies and the strengthening of the southern border of Europe; 2) criticize the pathologization the migratory experience in the psychiatric lexicon of ‘trauma’ and its mediatization. Ultimate goals of this reflection are the de-naturalization of the nosological concepts that medicalize social suffering, and the re-politicization of their ‘victims’, recognizing them as active subjects able to strategically use the clinical lexicon, in order to obtaining civil rights.

Keywords: Borders. Public policy. Biolegitimacy. Trauma. Mediatization.

A gestão de imigrantes e refugiados tornou-se, nos últimos anos, um dos principais desafios sociais. Por meio da apresentação de recentes casos internacionais e da minha pesquisa no âmbito da saúde mental de imigrantes e refugiados em Portugal, irei não só reconsiderar as consequências trágicas do endurecimento das políticas migratórias e do fortalecimento da fronteira meridional da Europa, mas, também, criticar a patologização da experiência migratória no léxico do trauma e na sua mediatização. O objetivo final desta reflexão não será só a desnaturalização dos conceitos que medicalizam o sofrimento social, mas, também, a repolitização das suas vítimas, reconhecendo-as como sujeitos ativos, capazes de usar o léxico clínico de forma estratégica pela obtenção de direitos civis.

Palavras-chave: Fronteiras. Política social. Biolegitimidade. Trauma. Mediatização.

^(a) Investigador com bolsa FCT (SFRH/BPD/95998/2013). Instituto de Ciências Sociais, Universidade de Lisboa (ICS-UL). Av. Anibal Bettencourt, 9. Lisboa, Portugal. 1600-189. chiara.pussetti@ics.ulisboa.pt

O altar da cidadania e as vidas desperdiçadas

A 18 de Abril de 2016, um cargueiro, partido de Tobruk, na Líbia, em direção à Itália, afunda-se no Mediterrâneo: os quarenta sobreviventes – originários da Somália, do Sudão, da Etiópia e do Egito – confirmam que mais de quinhentas pessoas desapareceram no mar. Exatamente um ano antes – a 18 de Abril de 2015 –, nas proximidades do Canal de Sicília, o Mediterrâneo engolia os corpos de oitocentos naufragos, na que foi uma das maiores tragédias da história recente da imigração. Este caso, entre os muitos similares subsequentes, despertou reações severas pela decisão da magistratura italiana de não recuperar os corpos soçobrados no mar. “Os corpos já não servem à investigação”, afirmou publicamente o procurador de Catania, Giovanni Salvi, chefe da investigação. “Os custos da operação são muito altos, não temos tempo para ações de recuperação nem enterro de cadáveres. O Mediterrâneo servirá como cemitério”.

O Mediterrâneo é hoje túmulo de milhares de corpos sem nome, genericamente designados de “refugiados” ou ainda “clandestinos”, a representar um continente em movimento, independentemente do real lugar de origem. Corpos esquecidos no fundo do mar, no amordaçar das consciências. Nos últimos seis anos, mais de quarenta mil pessoas perderam a vida tentando chegar às costas europeias: destas, mais de metade foram deixadas no fundo do mar. São os “*boat people*”, que perseguem uma esperança de vida melhor fora dos seus países. São as vítimas da fronteira, objeto de múltiplos interesses num teatro de diversos atores. Uma fronteira cujas muralhas se dissolvem em água, tornando vãs as tentativas de bloquear o movimento. O Mediterrâneo, que condensa, no seu significado etimológico, a ideia de mediação e de contato, é hoje uma fronteira de água, carne e política, assim como de percursos migratórios inéditos, traçados pelo desespero das condições dos países de origem e pela violência da Fortaleza Europa. A fronteira contemporânea não tem, porém, como finalidade, a interrupção do trânsito, mas, sim, a sua seleção.

O Acordo de Schengen – assinado em 2 de outubro de 1997 por um total de trinta países – teve como consequência, por um lado, uma maior coesão interna, pelo outro, o fortalecimento da segurança da fronteira externa. Os “dispositivos” de fronteira – o legislativo, o administrativo e o securitário – continuam a multiplicar-se. Desde a ereção de muros, redes e entraves físicos até as barreiras da burocracia, da discriminação e da exclusão social, todo o aparato que defende a Fortaleza Europa fala dos “outros” – que fogem de pobreza e guerras à procura de um futuro melhor – como de um risco do qual precisamos de nos defender.

A fronteira meridional da Europa é, atualmente, o ponto de maior investimento em patrulhamento de divisões marítimas e terrestres. Segundo dados recentes da Frontex – a agência europeia para a proteção e a militarização das fronteiras externas da UE –, os desembarques nas costas italianas em 2014 aumentaram 823% em relação a 2013. Em 2015, os números duplicaram; em 2016 triplicaram. A União Europeia (UE) considera esta pressão ameaçadora e multiplica os mecanismos de policiamento e intervenção no Mediterrâneo. O fortalecimento tanto da securitização da fronteira como da indústria da ajuda humanitária às costas do Mediterrâneo revela já os principais paradoxos das políticas contemporâneas da imigração, que já discuti em outros trabalhos¹: inclusão e exclusão, controle e assistencialismo.

Sempre mais objetos de políticas securitárias e de intervenções caridosas e sempre menos sujeitos políticos, os *harragas* – os que ‘queimam as fronteiras’ – são hoje os protagonistas do marketing internacional do sofrimento. A imprensa descreve em pormenor os corpos mortos dos naufragos, páginas e páginas de detalhes escabrosos oferecidos ao voyeurismo voraz do público. Ninguém se quer lembrar da história recente da Eritreia, da Líbia, da Síria, do Sudão, da Somália, da Argélia ou da Etiópia: ninguém reconhece responsabilidades face às diásporas da contemporaneidade.

Quando a história é esquecida, a biografia e a identidade individual são negadas, o que resta é o corpo. Corpos sem nome, sem voz, sem passado e sem futuro: corpos que, como mostram os casos apresentados, podemos esquecer no fundo do mar, sem uma sepultura digna, onde alguém os possa chorar.

Os corpos dos imigrantes foram objeto principal dos projetos de pesquisa que desenvolvi nos últimos dez anos na área da antropologia médica. Nestes trabalhos, analisando as políticas do

assistencialismo e a patologização das diferenças das quais os imigrantes são portadores, empreguei as ferramentas metodológicas clássicas da antropologia: trabalho de campo; recolha de narrativas, entrevistas e histórias de vida segundo o método da *person-centered ethnography*; e as metodologias multissensoriais da *ethnography-based art*, com o objetivo de envolver os sujeitos etnográficos em práticas artísticas reflexivas. Nestes anos de pesquisa, em diferentes situações, reparei que a atenção dos profissionais dos serviços sociais e dos centros de apoio à integração era centrada na exibição das feridas da imigração: nas políticas de acolhimento, a biologia impõe-se como recurso inédito de legitimação e reivindicação de direitos.

Esta redução dos imigrantes a corpos, a 'vida nua' nas palavras de Giorgio Agamben², foi a inspiração da instalação artística *Shrines of Citizenship* que realizei, juntamente com o coletivo EBANO, em 2013. A instalação induzia a uma reflexão sobre a concomitância da hiper-representação midiática com a despersonalização das vítimas da Fortaleza Europa (Imagens abaixo).



Vitor Barros. *Shrines of Citizenship*, 2013.
Instalação etnográfico-artística do Coletivo
EBANO na exposição *Ethnographic Terminalia*,
2013: *Exhibition as Residency-Art, Anthropology*,
Collaboration. Arts Incubator in Washington Park.
Chicago, IL. Arlington, VA: *Society*
for Visual Anthropology.



Baseada em pesquisa etnográfica sobre percursos de imigração em direção à Europa³ e sobre serviços psiquiátricos para imigrantes e requerentes de asilo⁴, esta instalação multimídia – erigindo um altar para os mártires da fronteira – convidava o público a refletir sobre as consequências do endurecimento das políticas migratórias europeias. A necessidade de ir além da pesquisa para denunciar os crimes de fronteira, surgiu como reação a uma outra tragédia do Mediterrâneo, ao largo da costa da ilha italiana de Lampedusa, a 3 de outubro de 2013. Este naufrágio contou com mais de quatrocentas vítimas, sobretudo eritreus e somalis. A fila interminável de cadáveres alinhados na praia tornou-se uma imagem viral, gerando comoção coletiva. O Primeiro Ministro Italiano Enrico Letta decidiu honrar as vítimas com pomposos funerais de Estado e concedeu, aos defuntos, a glória da cidadania italiana honorária, segundo o *ius soli post mortem*. Os sobreviventes tiveram, porém, outro destino: foram recolhidos em campos de acolhimento, e, logo depois, acusados de imigração ilegal, crime que pode ser punido pelo estado italiano com a detenção de até cinco anos ou com uma multa de até 10 mil euros, seguida da expulsão imediata do país. Os que sobreviveram a esta terrível odisséia ficaram fechados nos campos, segregados em asilos, limbos entre prisão e hospital nos confins do estado-nação, à espera de serem expulsos do país. A lei italiana concedeu direitos aos corpos, mas não aos sujeitos destes corpos. A extrema condição de vida nua, a morte, foi, neste caso paradoxal, característica indispensável para a obtenção dos direitos de cidadania. É neste sentido que o filósofo italiano Roberto Esposito falou de *tanatopolíticas*⁵, isto é, a adoção de medidas que dessubjetivam e suprimem formas de vida tomadas como dispensáveis, indivíduos indesejáveis, cujas "vidas desperdiçadas"⁶ constituem aquela humanidade em excesso da qual precisamos de nos defender.

O sofrimento social como patologia

"... e Ulisses passava os dias sentado nas rochas na orla do mar,
consumindo-se a força do lamento, suspiros e penas,
fixando seus olhos no mar estéril, chorando incansavelmente..."
(Homero, Odisseia, Canto V)

Se, desde sempre, os homens migram, fogem, procuram refúgio, é só recentemente que estas experiências podem ser reconduzidas a um campo semântico que compreende tanto o refugiado, o expatriado, o exilado, o requerente de asilo como o imigrante laboral. Os protagonistas das diásporas contemporâneas não constituem um fenômeno exógeno e invasivo em relação aos estados-nação, mas, pelo contrário, se constituem como seu produto implícito e endógeno, fruto do paradigma nacional da definição de direitos políticos e civis. Indivíduos suspensos entre fronteiras, a fugir do passado e sem futuro, bloqueados num presente de liminaridade, duplamente ausentes⁷ e, portanto, duplamente culpados. Neste limbo, deparam-se com a força das fronteiras, com a densidade das nações, mas, também, com a indústria internacional da assistência clínica e do apoio humanitário.

Em outros trabalhos⁸, analisei os programas de apoio destinados a imigrantes e requerentes de asilo, tentando evidenciar a tensão implícita entre segurança e assistência. Por um lado, existe uma representação que relaciona o imigrante à insegurança: é o 'clandestino', o 'ilegal', o 'parasita', bode expiatório de qualquer problema social. Pelo outro lado, os imigrantes são concebidos como pessoas em dificuldade: sujeitos deslocados⁹, órfãos da sua cultura, numa condição de *des-identidade* ou de *manque à être*¹⁰, psicologicamente vulneráveis, como se a perda do lugar coincidissem com a perda da identidade e do equilíbrio mental. O psiquiatra e professor catalão Joseba Achotegui, em 2002, criou uma nova categoria diagnóstica para definir o trauma migratório: a Síndrome "de Ulisses" (estresse múltiplo e crônico ligado à migração), patologia desencadeada pela perda da família, dos amigos, da cultura de origem, da casa, da posição social e da segurança física¹¹. O referido distúrbio, que, segundo Achotegui, afeta hoje milhões de imigrantes em todo o mundo, inclui sintomas do foro atípico depressivo, ansioso, somático e dissociativo. Além disso, a imigração pode desencadear outras psicopatologias latentes: é muito comum, afirma a literatura¹², este distúrbio estar associado a psicoses, delírios paranoides,

alucinações, esquizofrenia e estresse pós-traumático, especialmente quando a migração coincida com ilegalidade e deslocamentos forçados. Quadro clínico que desperta, hoje, sérias preocupações – em razão das condições severas das odisseias da contemporaneidade, feitas de guerras, exílios ou diásporas, viagens em condições extremas e acolhimentos em ambientes, na maior parte das vezes, hostis –, a Síndrome de Ulisses tornou-se o mal do imigrante do século XXI, afetando, em particular, os que partiram subitamente por uma questão de sobrevivência. A recente pesquisa da Dra. Maria José Rebelo do Serviço Jesuíta aos Refugiados em Portugal – serviço que atua desde 1992 e que, desde 2007, dispõe de um gabinete de consulta psicológica para imigrantes e refugiados – confirma que 78% dos imigrantes atendidos nestes anos apresenta sintomas de depressão e ansiedade identificáveis com a Síndrome de Ulisses, e que, só em Portugal, já foram diagnosticados milhares de casos¹³.

Esta categoria diagnóstica apareceu em concomitância com o endurecimento das políticas migratórias, e a patologia que ela define tornou-se, nos últimos anos, uma emergência de saúde pública¹⁴. Podemos considerar a Síndrome de Ulisses como um claro exemplo de patologização – sob a forma de uma perturbação psíquica – da experiência migratória. Em primeiro lugar, porque traduz conflitos sociais no léxico da psicopatologia, desviando a atenção do contexto político e económico mais amplo, para se concentrar no indivíduo como corpo despolitizado e naturalizado. Em segundo lugar, porque homogeneiza e reifica a experiência migratória, reduzindo-a ao perímetro restrito de uma definição nosológica, criando, assim, uma imagem estereotipada do sujeito imigrante como paciente psiquiátrico, cujos problemas podem ser monitorizados e resolvidos farmacologicamente. Em terceiro lugar, porque não considera que as próprias políticas migratórias podem contribuir ao aumento do risco de patologia: as restrições políticas, sociais, burocráticas e económicas que bloqueiam os imigrantes às margens da sociedade de acolhimento são completamente esquecidas.

Esta leitura patologizante do processo migratório está a impor-se como hegemónica: estudos europeus mostram que os imigrantes são considerados mais vulneráveis às perturbações mentais comparativamente à população autóctone, justamente por causa da 'crise' identitária, no seu significado etimológico de fratura, separação, mudança. Fala-se, então, de "mestiçagem impossível"¹⁵ como causa geradora de patologias psíquicas e da "laceração psíquica insanável"¹⁶ de quem vive suspenso entre ilusões e sofrimento. O imigrante é alguém sem colocação, alienado por definição¹⁷: a instabilidade da sua vida é interpretada como uma anomalia e correlacionada com uma potencial psicopatologia. É, portanto, um indivíduo frágil, deslocado, predisposto a distúrbios mentais, como as noções clínicas de *Maladie du souvenir* ou 'psicose do imigrante'; ou, ainda, a etimologia das categorias diagnósticas de *Heimweh*, a doença (*weh*) da falta do seu lar (*heim*)¹⁸, de 'Nostalgia' a dor (*algos*), ligada à vontade do regresso (*nostos*)¹⁹, de *aliéné migrateur*²⁰, de *voyageurs pathologiques* ou de *voyage pathogène*²¹, sintetizam muito claramente.

A análise crítica das dinâmicas de patologização da experiência dos refugiados, que, na exibição do trauma, encontram a exceção à regra do crime de imigração ilegal, permite desvelar os paradoxos de uma linguagem política securitária que se reveste de humanitarismo. O médico e antropólogo Allan Young²² reconstruiu a genealogia do conceito de desordem de estresse pós-traumático (PTSD), mostrando como a imposição de um modelo médico ao sofrimento ligado à guerra favoreceu a emergência de uma verdadeira indústria do trauma. Poucos anos depois, o psiquiatra Derek Summerfield²³ publicou um artigo polémico, sobre a invenção da síndrome de desordem pós-traumática, desvelando interesses políticos e económicos à volta da definição diagnóstica do sofrimento ligado às memórias dos conflitos armados. Em 2009, Didier Fassin e Richard Rechtman enfrentaram um desafio análogo, examinando a construção histórica e os empregos políticos do conceito de trauma, acompanhando as etapas da criação de uma ampla indústria humanitária e clínica que prospera a volta das suas vítimas²⁴. Que se fale de catástrofes naturais, guerras, genocídios ou ataques terroristas, o conceito de trauma – tanto na sua valência clínica como simbólica – reduz, no singular, a pluralidade das experiências individuais. Sem negarem a realidade do sofrimento dos que sobrevivem a situações extremas, os dois autores analisaram a emergência de uma nova linguagem definidora da dor, capaz de se impor tanto no ambiente médico como no senso comum.

A antropóloga Liisa Malkki, em 1995, no seu trabalho sobre exilados Hutu na Tanzânia, observou que os refugiados são frequentemente representados como "sujeitos frágeis psicologicamente ou

até como mentalmente perturbados"²⁵. Vanessa Pupavac, poucos anos depois, reforçou que estamos na era da governança terapêutica das fronteiras e da patologização de quem as tenta ultrapassar ilegalmente²⁶. Nos relatórios da OMS, os imigrantes e os refugiados são usualmente definidos como "pessoas traumatizadas, psicologicamente feridas ou indelevelmente mutiladas, almas marcadas pelas cicatrizes da migração, devastadas pela dor"²⁷. As intervenções humanitárias nas fronteiras compreendem sempre programas psicossociais e farmacológicos de prevenção das perturbações mentais derivadas do choque migratório. Até os imigrantes que evidenciam notável resiliência requerem tratamentos preventivos para evitar espirais disfuncionais de negação de um trauma escondido ou invisível: o equilíbrio mental desta população é sempre e só aparente²⁸. Diversos autores defendem que o trauma é "hoje uma experiência emocional universal"²⁹, que é "a patologia que define a situação contemporânea"³⁰, ao ponto que a sociedade ocidental é definida como "cultura pós-traumática"³¹ e os refugiados como "pessoas doentes"³²: as políticas públicas, animadas por este novo "ethos terapêutico"³³, suportam uma indústria do apoio psicológico que considera questões sociais como patologias individuais de forma completamente apolítica. Prático conceito *prêt-à-porter*, o trauma eclipsa a história – e as suas responsabilidades – em nome de outras verdades (que sejam as do inconsciente ou das leis da neuropsicologia), velando o escândalo político com a linguagem neutral da ciência. O trabalho de campo mostra, porém, que narrar a experiência migratória na linguagem indubitável do sintoma psicopatológico, da cicatriz e da ferida pode ser a única forma de obter apoios e direitos. A patologização pode, portanto, se tornar um recurso.

Políticas, práticas e narrativas imagéticas do trauma

Os imaginários sobre as experiências traumáticas das vítimas de tortura dominam não só a literatura especializada, mas, também, a linguagem comum. Escrevendo sobre as experiências de refugiados e requerentes de asilo em França, Fassin e d'Halluin³⁴ afirmam que só os que podem demonstrar serem traumatizados conseguem o direito de asilo. O acesso ao asilo político depende da demonstração do estado de 'vítima' por meio de uma reevocação performativa das memórias da violência e da tortura: uma condição já definida, por outros autores, como "cidadania humanitária"³⁵.

O trabalho que desenvolvi durante quatro anos na Consulta de Psiquiatria Transcultural do Hospital Psiquiátrico Miguel Bombarda em Lisboa evidencia que, não só no caso emblemático dos refugiados, mas, para qualquer imigrante ilegal, o reconhecimento de uma patologia pode constituir o único expediente para a obtenção dos direitos políticos. Sendo as patologias do foro psiquiátrico não detectáveis por exames de laboratório, a obtenção de um certificado médico que ateste uma doença mental prolongada ou crónica que obste ao retorno ao país de origem torna-se uma estratégia privilegiada para a obtenção da autorização de residência. Em muitas situações clínicas observadas durante o meu trabalho de campo, o diagnóstico psiquiátrico era considerado útil e desejável pelos próprios pacientes imigrantes, quando não abertamente solicitado como forma de permanecer no país de acolhimento. Durante a pesquisa, acompanhei as atividades de um grupo de refugiados que ensinava imigrantes e requerentes de asilo político a teatralizarem o sofrimento, a exibirem comportamentos patológicos e provas do trauma, e a construir narrativas, testemunhos e evidências capazes de contornarem as suspeitas. A observação das ações (per)formativas deste grupo informal não só me permitiu desnaturalizar os conceitos que medicalizam o sofrimento, mas, especialmente, repoliticizar as suas vítimas, enquanto sujeitos ativos, capazes de utilizar de forma estratégica a linguagem do trauma e da patologia.

Os sem-Estado sabem que não basta evocar pobreza ou instabilidade política para aceder aos direitos outrora negados: devem mostrar as feridas da violência e das violações sofridas na memória e no corpo. Devem aprender a linguagem clínica do sofrimento; devem tornar-se 'pacientes', utilizando a biomedicina como um dispositivo de cidadania. É somente a partir de corpos doentes que os indivíduos às margens do sistema podem aceder aos direitos que costumamos imputar ao centro. O direito ao acolhimento deriva de uma decisão fundamentalmente clínica e, portanto, apolítica. Como defende Didier Fassin em relação ao caso francês dos *sans-papiers*³⁶, o corpo impõe a sua legitimidade quando todos os outros terrenos são postos em discussão, permitindo uma passagem do político ao

humanitário. Esta separação entre o político e o humanitário que caracteriza a contemporaneidade é, segundo Agamben, “a fase extrema do descolamento entre direitos do homem e direitos do cidadão”³⁷. O sofrimento, os abusos, as cicatrizes, até a própria morte já não devem ser escondidos, mas, sim, exibidos e até teatralizados para legitimar o pedido de asilo. O corpo torna-se, assim, o lugar de uma dupla inscrição: das feridas físicas da opressão, da desigualdade e da perseguição por um lado, e do olhar clínico à procura de verdades objetivas, pelo outro. Surge nesta lógica um novo pacto social entre as ‘vítimas’ e os especialistas que definem e reconhecem clinicamente o sofrimento. Este pacto constitui, nas palavras de Isabelle Astier, um dispositivo que favorece uma vasta empresa de exploração da intimidade das pessoas³⁸: o destinatário deve expor publicamente a sua infelicidade para corroborar as provas e receber ajuda.

A indústria humanitária encontra a sua força num campo político legitimado pela semiótica da imagem e a retórica da compaixão, que apela aos sentimentos dos que podem decidir quem pode ou não ficar na Fortaleza Europa. Para Luc Boltanski, a imagética realista da dor exerce um fascínio intenso e perverso no público e cria respostas empáticas, colmatando distâncias – geográficas, económicas e culturais – irreduzíveis entre o espectador e o *malheureux*. A fotografia, como forma de capturar um evento na imediação do acontecimento, foi, durante muito tempo, considerada um dos mais poderosos instrumentos de exposição objetiva e científica da condição humana³⁹. É na suposta natureza técnica e mecânica da reprodução – em comparação a outras técnicas de representação, como a pintura, consideradas interpretações subjetivas do autor – que reside a ambição da fotografia de representar o mundo de forma verídica. A película aparentemente registra, de forma objetiva e fiel à realidade, os seus objetos, duplica e reproduz o instante ao infinito, consentindo a apropriação e a conservação de ‘dados’ visuais documentais. Nas palavras de Sontag⁴⁰, a imagem fotográfica é, geralmente, considerada não como um ponto de vista sobre o mundo, mas como uma miniatura de realidade cristalizada, sem considerar a ação do autor que produz a imagem, as suas prospetivas, escolhas de enquadramento e manipulações na passagem entre negativo e impressão.

O discurso fotográfico como forma de construção de realidade foi objeto de pesquisa para vários teóricos das comunicações visuais, entre os quais: Roland Barthes, François Soulages, Vilém Flusser, Susan Sontag, Jacques Aumont, Lúcia Santaella e Boris Kossoy. Sontag, no seu último livro, refletiu sobre a representação televisiva e fotojornalística da “dor dos Outros”, analisando as narrativas imagéticas contemporâneas do sofrimento. As calamidades, as guerras, os corpos mortificados pelas feridas da história são submetidos a processos de mediatização e hiper-visibility. É a representação vívida da violência e das suas vítimas que impulsiona o espectador a se tornar ator, isto é, a tentar se aproximar e agir na vida do infeliz distante, criando uma relação – complexa e ambígua – entre piedade, curiosidade e indiferença. O excesso de imagens do sofrimento dos outros, afirma Susan Moeller, no seu volume *Compassion Fatigue*⁴¹, causa de facto uma espécie de anestesia geral. A impossibilidade de tolerar o confronto contínuo com a dor dos outros está na base da produção social da indiferença. Já quase não reagimos face a estes corpos – sempre idênticos e que não têm o mesmo valor do que os nossos – que fazem sangrar as nossas fronteiras. A imagem do artista inglês Banksy (*The European Union*) alude ironicamente a esta despersonalização, despolitização e dehistoricização do sofrimento dos outros: cadáveres anônimos compõem o símbolo da bandeira europeia, utopia de liberdade pela qual muitos arriscam a vida. Paradoxalmente, também, a fotografia de Aylan, a criança curda afogada numa praia de Bodrum na Turquia, ícone descontextualizado da tragédia de todos os refugiados⁴², reproduz a mesma lógica: é ele que nos faz chorar, mas, no fundo, qualquer outra criança serviria para o mesmo fim. Para qualquer um dos infelizes representados, temos uma multidão de substitutos idênticos, com o mesmo valor de puras vítimas⁴³. As vítimas parecem-se todas – dos genocídios às deportações de massa, das populações obrigadas a exílios forçados aos que fogem da carestia e da fome. Não é um caso em que as representações mais sensacionalistas dos conflitos armados e dos corpos feridos têm como objeto privilegiado os que classificamos como ‘estrangeiros’ e, portanto, distantes da nossa experiência quotidiana. O sofrimento de quem é próximo, dos nossos amigos e familiares, merece maior discrição: a morte dos ‘nossos’ é para ser respeitada e protegida, certamente, não exposta pornograficamente.

As imagens do sofrimento alheio são, hoje, sempre mais abundantes, e entre estas, em particular, segundo Liisa Malkki, os retratos fotográficos dos refugiados, ao ponto que todos já temos

uma representação visual de como é um refugiado: “corporeidades anónimas”⁴⁴, desesperados, degradados, desfigurados pelas violências da história. As narrativas imagéticas que nutrem o discurso das políticas públicas contemporâneas acabam, todavia, para esconder um aspeto importante: a representação estereotipada das vítimas afasta, das nossas consciências, as vozes das pessoas que reivindicam o direito a uma existência digna e que nos confrontam com a obrigação de esclarecer as responsabilidades, de desmascarar e acusar os carnífcies. As causas políticas, económicas, históricas e sociais do sofrimento ficam confinadas às margens da imagem: esquecemos, assim, que somos cúmplices do sofrimento que observamos com incómodo ou comoção, e que os nossos privilégios se colocam no mesmo mapa geográfico da dor dos outros e que podem – em maneiras que preferiríamos nem imaginar – ser conectados a estes mesmos sofrimentos, sendo que a riqueza de alguns pode implicar a indigência dos outros⁴⁵. A solidariedade – relação de poder assimétrica que se expressa por meio do sentimento da compaixão, contemporânea, *pietas* humanitária de herança católica – não só cria consentimento, desarma as críticas e não tem inimigos⁴⁶, mas, especialmente, afirma enfim Susan Sontag, tem o poder de nos desresponsabilizar, e de nos proclamar inocentes, além do que impotentes.

Referências

1. Pussetti C, Barros V. The care of the immigrant self. *Int J Migr Health Soc Care*. 2012; 8(1):42-51.
2. Agamben G. *Homo Sacer: Il potere sovrano e la nuda vita*. Turim: Einaudi; 1995.
3. Pussetti C, Bordonaro L. Da utopia da emigração à saudade dos emigrados. Percursos migratórios entre Bubaque (Guiné Bissau) e Lisboa. In: Sarró R, Lima A. *Terrenos metropolitanos. Desafios metodológicos*. Lisboa: Coleção Estudos e Investigações, ICS; 2006. p. 125-54.
4. Pussetti C. Identidades em crise: imigrantes, emoções e saúde mental em Portugal. *Saude Soc*. 2010; 19(1):94-113.
5. Esposito R. *Bíos: biopolítica e filosofia*. Torino: Einaudi; 2004.
6. Bauman Z. *Wasted lives: modernity and its outcasts*. Cambridge: Polity; 2004.
7. Sayad A. *La double absence: des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*. Paris: Seuil; 1999.
8. Pussetti C. Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural. Estudo 33. Lisboa: OI, ACIDI; 2009b.
9. Nathan T. *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie clinique*. Paris: Dunod; 1986.
10. Ben Jelloun T. *La plus haute des solitudes*. Paris: Seuil; 1977.
11. Achotegui J. Emigration in hard conditions: the immigrant syndrome with chronic and multiple stress (Ulysses' Syndrome). *Vertex*. 2005; 16(60):105-13.
12. Achotegui J. Emigrar hoy en situaciones extremas. El síndrome de Ulisses. *Aloma*. 2012; 30(2):79-86.
13. Rebelo MJ. Síndrome de Ulisses: desenvolvimento e teste de ferramenta de avaliação [Internet]. 2015. [citado 03 Out 2016]. Disponível em: <http://jrsportugal.pt/images/memos/ulisses.pdf>.

14. Knobloch F. Impasses no atendimento e assistência do migrante e refugiados na saúde e saúde mental. *Psicol USP*. 2015; 26(2):169-74.
15. Nathan T. *L'influence qui guérit*. Paris: Odile Jacob; 1994.
16. Beneduce R. *Archeologie del trauma: un'antropologia del Sottosuolo Roma-Bari*: Laterza Edizioni; 2010.
17. Littlewood R, Lipsedge M. *Aliens and alienists: ethnic minorities and psychiatry*. New York: Brunner-Routledge; 1997.
18. Beneduce R. *Etnopsichiatria: sofferenza mentale e alterità fra storia, dominio e cultura*. Roma: Carocci; 2007.
19. Höfer J. *Dissertatio medica de nostalgia oder Heimweh*. *Bull Hist Med*. 1934; 2:376-91.
20. Foville A. *Les aliénés voyageurs ou migrants: étude clinique sur certains cas de lypémanie*. *Ann Med-Psychol*. 1875; 2:5-45.
21. Caroli F, Masse G. *La notion de voyage pathologique*. *Ann Med-Psychol*. 1981; 139(7):828-32.
22. Young A. *The harmony of illusions: inventing posttraumatic stress disorder*. Princeton: Princeton University Press; 1995.
23. Summerfield D. *The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category*. *Br Med J*. 2001; 322:95-8.
24. Fassin D, Rechtman D. *The empire of trauma an inquiry into the condition of victimhood*. New Jersey: Princeton University Press; 2009.
25. Malkki L. *Purity and exile: violence, memory and national cosmology among Hutu refugees in Tanzania*. Chicago: University of Chicago Press; 1995.
26. Pupavac V. *Therapeutic governance: psycho-social intervention and trauma risk management*. *Disasters*. 2001; 25:358-72.
27. Pupavac V. *Pathologizing populations and colonizing minds*. *Int Psychosoc Progr Kosovo Altern*. 2002; 27:489-511.
28. De Jong K, Ford NE, Kleber R. *Mental health care for refugees from Kosovo: the experience of medecins sans frontieres*. *The Lancet*. 1999; 353(8):1616-7.
29. Bracken P. *Trauma: cultural meaning and philosophy*. London: Whurr Publishers; 2002.
30. Nolan J. *The therapeutic state: New York: justifying government at century's end*. New York: New York University Press; 1998.
31. Farrell K. *Post-traumatic culture: injury and interpretation in the nineties*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press; 1998.
32. Pupavac V. *Refugees in the 'sick role': stereotyping refugees and eroding refugee rights*. Research Paper 128. Geneva: UNHCR UN High Commissioner for Refugees; 2006.
33. Pupavac V. *Psychosocial interventions and the demoralisation of humanitarianism*. *J Biosoc Sci*. 2004; 36(4):491-504.
34. Fassin D, D'Halluin E. *The truth from the body: medical certificates as ultimate evidence for asylum seekers*. *Am Anthropol*. 2005; 107(4):597-608.
35. Nguyen VK. *Antiretroviral globalism, biopolitics, and therapeutic citizenship*. In: Ong A, Collier SJ. *Global assemblages: technology, politics, and ethics as anthropological problems*. Oxford, UK: Blackwell Publishing; 2008. p. 124-44.
36. Fassin D. *The biopolitics of otherness: undocumented immigrants and racial discrimination in the French public debate*. *Anthropol Today*. 2001; 17(1):3-7.

37. Agamben G. Homo sacer: Il potere sovrano e la nuda vita. Torino: Einaudi; 1995.
38. Astier I. Le contrat d'insertion: une façon de payer de sa personne? Politix. 1996; 34:99-113.
39. Edwards E. Anthropology and photography, 1860–1920. London: Yale University; 1992.
40. Sontag S. Ensaios sobre fotografia. Lisboa: Dom Quixote; 1986.
41. Moeller SD. Compassion fatigue: how the media sell disease, famine, war and death. London: Routledge; 1999.
42. Klimas M. Artists from all over the world respond to tragic death of 3-year-old syrian refugee [Internet]. 2015. [citado 01 Set 2016]. Disponível em: <http://www.demilked.com/drowned-syrian-refugee-boy-artist-response-aylan-kurdi/>
43. Boltanski L. Lo spettacolo del dolore. Morale umanitaria, media e politica. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2000. Tradução B Bianconi.
44. Malkki L. Speechless emissaries: refugees, humanitarianism, and dehistoricization. Cult Anthropol. 1996; 11(3):377-404.
45. Sontag S. Regarding the pain of others. New York: Farrar, Straus & Giroux; 2003.
46. Fassin D. La raison humanitaire. Une histoire morale du temps présent, Paris: Hautes Etudes, Gallimard, Seuil; 2010.

Pussetti C. "El silencio de los inocentes". Las paradojas del asistencialismo y los mártires del Mediterráneo. Interface (Botucatu). 2017; 21(61):263-72.

En los últimos años, la gestión de inmigrantes y refugiados pasó a ser uno de los principales desafíos sociales. Por medio de la presentación de recientes casos internacionales y de mi investigación en el ámbito de la salud mental de inmigrantes y refugiados en Portugal, reconsideraré no solo las consecuencias trágicas del endurecimiento de las políticas migratorias y del fortalecimiento de la frontera meridional de Europa, sino también criticaré la patologización de la experiencia migratoria en el léxico del trauma y su mediatización. El objetivo final de esta reflexión no será solo la desnaturalización de los conceptos que medicalizan el sufrimiento social sino también la repolitización de sus víctimas, reconociéndolas como sujetos activos, capaces de usar el léxico clínico de forma estratégica por la obtención de derechos civiles.

Palabras clave: Fronteras. Política social. Bio-legitimidad. Trauma. Mediatización.

Submetido em 26/06/16. Aprovado em 16/09/16.

Saúde e migrações:

metodologias participativas como ferramentas de promoção da cidadania

Beatriz Padilla^(a)

Padilla B. Health and Migration: participative methodologies as tools to promote citizenship. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):273-84.

The field of “health and migration” is relatively new, both among health sciences and social sciences, using either traditional quantitative and/or qualitative methodologies. The use of participative methodologies has been an exception although they provide an opportunity for intervention, both with users of health services or with providers. Using an example of research in the field of maternal-child and reproductive health among migrant populations, this paper hopes to contribute to the debate about the use of participative methodologies, their challenges and possibilities as a methodological tool in applying research for social change.

Keywords: Participative methodologies. Maternal and child health. Reproductive health. Immigration.

O campo de estudo “saúde e migrações” é relativamente novo, tanto entre as ciências da saúde como nas ciências sociais, quer a problemática seja abordada com metodologias quantitativas e/ou qualitativas tradicionais. O recurso a metodologias participativas tem sido uma exceção, embora estas ofereçam uma oportunidade concreta de intervenção, quer com os usuários dos serviços de saúde como com os profissionais de saúde. Recorrendo a um caso específico de investigação sobre saúde materno-infantil e reprodutiva nas populações migrantes, este artigo pretende contribuir para o debate sobre o uso dessas metodologias e os desafios e as possibilidades que oferecem como ferramenta metodológica em investigação direcionada à mudança social.

Palavras-chave: Metodologias participativas. Saúde materno-infantil. Saúde reprodutiva. Imigração.

^(a) Instituto Universitario de Lisboa (ISCTE-IUL), Centro de Investigação e Estudos de Sociologia (CIES-IUL). Avenida das Forças Armadas, Ed. I. 1649-026. Lisboa, Portugal. padilla.beatriz@gmail.com

Embora os estudos migratórios estejam consolidados como uma área do conhecimento interdisciplinar, o campo da 'saúde e migrações' é mais recente. Na Europa, as preocupações iniciais com esta temática surgiram, sobretudo, desde a óptica da saúde pública e da medicina tropical, que frequentemente exotizava os imigrantes como o 'outro' portador de doenças raras, perigosas e contagiosas. O objectivo radicava em saber os riscos associados, e não no bem-estar dessa população.

O interesse das ciências sociais pela temática da saúde e migrações levou a que se desenvolvessem estudos sobre questões mais abrangentes que consideravam os determinantes da saúde e os condicionantes sociais e culturais que ultrapassam o epidemiológico, adoptando uma perspectiva mais humanista, empática e interventiva. Contudo, a tentativa de diálogo entre a biomedicina e a saúde pública com visões holísticas e de integração social ainda está nos seus primórdios.

As primeiras tentativas pretenderam influenciar as políticas públicas, quer as de saúde e bem-estar como as de integração das populações migrantes, cujos resultados são valorizados tanto no plano académico como no político^{1,2}. Dias et al.³ realizaram um estudo sobre a utilização dos serviços de saúde por parte dos imigrantes, envolvendo os atores implicados (decisores políticos, profissionais de saúde e imigrantes), afirmando que esta abordagem foi enriquecedora e contribuiu para a validação dos dados, bem como para a conscientização sobre a sua pertinência. Estes estudos contribuem para fortalecer a capacidade dos serviços em desenvolverem programas mais adequados às necessidades específicas dessas populações e dos profissionais para lidar com a diversidade⁴.

Com o intuito de influir no *policy-making* (desenho de medidas políticas), muitos estudos centraram-se na identificação e análise das chamadas boas práticas. Embora não tenham um espírito crítico, a sua ancoragem na intersecção da 'migração e saúde' serve para chamar à atenção para a importância de melhorar o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde.

É na construção deste campo que as metodologias participativas ganham relevância, tanto como ferramenta de recolha de informação como pela possibilidade de envolver os atores-chave, tanto os vinculados à planificação e execução de políticas, como os próprios sujeitos (i.e. imigrantes, mulheres, crianças, etc.).

Qual é a importância das metodologias participativas e colaborativas abrangidas sob o chapéu de uma proposta de investigação-ação? Para respondermos a esta questão, propomos uma breve introdução às metodologias participativas (suas características, pressupostos epistemológicos e ideológicos). e, posteriormente, avançar para o estudo de caso, os desafios enfrentados, e salientando algumas estratégias para melhorar o impacto.

Pressupostos da Investigação-Ação. Família de metodologias

O desenvolvimento da metodologia de investigação-ação (IA) está associado à tentativa de superar o dualismo entre a teoria e a prática, entre investigadores e investigados⁵. Noffke⁶ agrupa os estudos desenvolvidos em três dimensões: pessoal, profissional e política, embora todas envolvam as três dimensões e estejam inter-relacionadas.

Além da IA, existem outras denominações desta metodologia que destacam as suas muitas nuances: investigação-ação participativa (IAP), investigação colaborativa/cooperativa, investigação participativa, investigação acção crítica, investigação activista, investigação comprometida, planificação participativa, entre outras. Kemmis e McTaggart⁷ referem que a "família da investigação acção" abrange metodologias que incluem tanto a investigação como a acção, envolvendo sempre um exercício de reflexividade crítica. Estes autores falam também das várias gerações de IA sem esquecer os altos e baixos na sua utilização.

Embora a literatura atribua a Lewin⁸, no âmbito da psicologia social, a primeira sistematização e teorização da investigação acção, a sua aplicação em diferentes contextos e espaços geopolíticos conduziu a diferentes versões. Corey⁹ confere à IA a possibilidade de solucionar problemas no âmbito da educação. Tripp¹⁰ afirma que é difícil definir a IA: "por duas razões interligadas: primeiro, é um processo tão natural que se apresenta, sob muitos aspectos diferentes; e segundo, ela se desenvolveu de maneira diferente para diferentes aplicações" (p. 445).

Ainda existem diferenças associadas a questões ideológicas e práticas, que, ao longo do tempo, contribuíram para a sua apreciação positiva ou negativa, às vezes valorizando o seu impacto e capacidade de intervenção na sociedade, e, outras, menosprezando-o por ser percebida como menos rigorosa cientificamente.

Para Lewin⁸, a IA envolve o enfoque experimental por meio da intervenção nos problemas sociais, sendo possível atingir o desenvolvimento teórico e a mudança social. Para Elliot¹¹ (p. 69), envolve “o estudo duma situação social com o objectivo de melhorar a qualidade da acção dentro dela própria”. Kemmis e McTaggart¹² aplicam a IA à educação, salientando que é uma indagação autorreflexiva realizada por quem participa (professores, alunos, direcção) em situações sociais para melhorar a racionalidade e a justiça das próprias práticas sociais ou educativas.

Além da aplicação no mundo anglo-saxónico, a IA ganhou reconhecimento nos países em desenvolvimento, especialmente na América Latina, como metodologia não só participativa, mas emancipadora, por estar ancorada na teologia da libertação e na consciência crítica¹³. Assim se entende a definição de IAP proposta por Selener¹⁴, como “um processo pelo qual membros de um grupo ou uma comunidade oprimida, colectam e analisam informação, e atuam sobre os seus problemas com o propósito de encontrar soluções e promover transformações políticas e sociais” (p. 17).

Nesta geração de IA, a orientação ideológica é mais evidente, associada aos movimentos sociais e à intervenção do investigador na própria comunidade, ou a uma investigação militante¹⁵.

Balcazar¹⁶ sugere que, entre os pressupostos ideológicos da IAP, se identifica o papel do investigador: na redução da injustiça social, na promoção da participação dos membros das comunidades na busca de soluções aos problemas, na tentativa de aumentar o controlo sobre as suas vidas (empoderamento). Em consequência, a IAP gera consciência sociopolítica entre os investigadores e entre os membros da comunidade, permitindo o envolvimento de todos no processo de investigação, não meramente como objetos de estudo mas como agentes de mudança. Assim, a IAP permite, por meio da experiência, que os participantes: aprendam a aprender, desenvolvam um olhar crítico, conduzam a investigação e, ainda, comuniquem com grupos semelhantes para conseguirem apoio, valorando o papel que a pesquisa pode ter nas suas vidas e entendendo o seu próprio papel no processo de transformação social de forma empoderadora, e não como vítima.

Existe uma fina linha diferenciadora entre a escola anglo-saxónica e a latino-americana, mas ambas as visões pretendem a mudança e o envolvimento “empoderador” e “crítico” dos participantes, incluindo o papel ativo do próprio investigador.

Características metodológicas e processuais

A IA^(b) como metodologia de pesquisa gera conhecimento de uma forma não tradicional; é um processo de aprendizagem e de recolha de dados em contextos práticos, para serem analisados e interpretados, e, em consequência, actuar sobre a realidade, provocando a mudança social. O objectivo é “aprender através da acção que leva ao desenvolvimento pessoal ou profissional”¹⁷ (p. 4). Quase todos os autores descrevem a IA como um processo em espiral de ciclos autorreflexivos⁷ que envolve várias fases pensadas de forma flexível: a) planificação da mudança; b) atuar e observar o processo e as consequências da mudança; c) refletir sobre

^(b) Nesta secção usamos IA ou IAP respeitando a preferência do autor citado. No resto do artigo, para simplificar, optamos por IA.

esses processos e consequências; d) replanificar; f) atuar e observar novamente; g) refletir...

Os autores reconhecem que os ciclos em espiral são fáceis de identificar no plano teórico, podendo ser menos claros na prática, existindo a possibilidade de superposições, adaptações e atualizações ao longo do processo, inclusive de mudar o rumo. Koshy et al.¹⁷ recomendam a não aplicação dum modelo demasiado rígido, já que a rigidez pode afectar negativamente o processo, levando a desaproveitar oportunidades únicas. Neste sentido, a sensibilidade e habilidade do investigador são cruciais.

Carr e Kemmis¹⁸ salientam como principais características: o carácter participativo, o impulso democrático e a contribuição simultânea entre as ciências sociais (conhecimento) e a mudança social (prática). Meyer¹⁹ explica que a participação exige que os participantes reconheçam a necessidade de mudança e a vontade de ter um papel ativo nessa mudança. Neste sentido os pesquisadores externos que trabalham com as comunidades devem obter a confiança e negociar regras sobre o controle e uso dos dados. O impulso democrático exige que os participantes sejam vistos como iguais, pelo que o investigador é um facilitador da mudança com quem, ao longo do processo, se discutem e validam dados e resultados. Desta forma, o contributo da IA é gerar conhecimento sobre situações específicas, em oposição às triagens clínicas. Kemmis e McTaggart⁷ identificam outras características da IA, como: o facto de ser prática, colaborativa, emancipatória, crítica, reflexiva e transformadora da teoria e da prática. Para Waterman et al.²⁰, a IA nasce da necessidade de se democratizar a investigação, desafiando a institucionalização assente na exclusão, estimulando, ao invés, a participação dos sujeitos excluídos.

Whitelaw et al.²¹, após uma rigorosa revisão de literatura, classificam a IA como: técnica e positivista; colaborativa e interpretativa; crítica e emancipadora. A primeira descrição pretende reduzir o hiato entre teoria e prática, e funciona dentro de uma lógica próxima da investigação tradicional, testando a efetividade dum intervenção concreta. Na segunda tipologia, os investigadores, políticos e profissionais do terreno identificam, conjuntamente, os problemas e visam possíveis soluções; pretendem pôr políticas em prática. A terceira é a verdadeiramente considerada um veículo explícito de expressão política crítica, embora, por estar enraizada ideologicamente, às vezes gere a desconfiança das entidades financiadoras.

A IA em saúde é uma ferramenta crucial porque existe uma preocupação crescente sobre a falta de influência que a evidência empírica tem nas práticas e nas políticas de saúde. Assim, IA poderia ser uma ponte entre a teoria e a prática¹⁹, demonstrando que a ciência pode e deve estar ao serviço da mudança social.

Depois de expostos os principais aspectos da IA, passamos a uma breve descrição do estudo de caso realizado no contexto das desigualdades e assimetrias em saúde, especificamente sobre a saúde materno-infantil e reprodutiva das populações imigrantes em Portugal.

Saúde e Cidadania: entre a investigação tradicional e a acção

Na viragem do século XXI, Portugal tornou-se um país de imigração e desenvolveu políticas bem-sucedidas na integração dos imigrantes, que o posicionam em segundo lugar a nível internacional, segundo o Índice de Políticas de Integração ou MIPEX²² (ferramenta que avalia as políticas de integração dos imigrantes em oito áreas diferentes, usando 167 indicadores www.mipex.eu). No entanto, é no campo da saúde que o desempenho português é inferior, devido à resistência que ainda se verifica no que toca a desenvolver políticas viradas para grupos específicos como os migrantes. O Serviço Nacional de Saúde (SNS) português foi criado em 1979 sob as características da universalidade, sendo tendencialmente gratuito. Em 2001, quando a presença imigrante foi mais visível, o SNS esclareceu melhor a abrangência da universalidade, optando por incluir as populações imigrantes nos cuidados primários, inclusive os indocumentados. No entanto, a partir de 2011, devido à crise e com a TROIKA (intervenção do Fundo Monetário Internacional, Banco Central Europeu e Comissão Europeia), a austeridade passou a caracterizar as políticas, condicionando o acesso dos imigrantes aos serviços de saúde, inclusive das grávidas e mães¹. Neste contexto, aprofundar os conhecimentos sobre as necessidades não satisfeitas no âmbito da saúde materno-infantil e reprodutiva entre as

populações migrantes, tornou-se indispensável tanto a nível teórico como da intervenção.

Em resposta à lacuna no levantamento destas necessidades, decorreu o projecto “Saúde e cidadania: disparidades e necessidades interculturais na atenção sanitária às mães imigrantes”, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia de Portugal, entre 2011 e 2014, nas Áreas Metropolitanas de Lisboa e Porto. No presente artigo, será focado apenas o caso da Área Metropolitana de Lisboa (AML). A metodologia escolhida foi qualitativa e interdisciplinar, combinando vários métodos de recolha de dados: entrevistas a informantes-chave (profissionais de saúde, assistentes sociais, mediadores culturais, associações, líderes comunitários, entre outros); observação participante em centros de saúde e outras entidades que prestavam serviços de saúde a grávidas, mulheres e crianças; estudos de caso (acompanhamento pormenorizado de algumas mulheres imigrantes grávidas); entrevistas em profundidade com grávidas e mulheres imigrantes com crianças; atividades de intervenção com grupos de mulheres imigrantes; e realização de um fórum comunitário e a construção de alianças comunitárias. Em relação à avaliação de necessidades, o projecto beneficiou dos resultados obtidos num outro projecto “*Meeting the healthcare needs of culturally diverse populations: A psycho-social approach to cultural competences in health professionals*” (Marie Curie Actions FP7-People-2010-IEF). A Tabela 1 detalha as entrevistas realizadas.

Tabela 1. Entrevistas

População-alvo	Atores	N
Mulheres		65
	Grávidas	15
	Mães com crianças	46
	Mulheres sem filhos	4
Prof. Saúde		80
	Médicos	25
	Enfermeiros	30
	Assistentes sociais	22
	Mediadores culturais	3
Estado & Soc Civil		40
	ONGs	21
	Agências de governo	1
	Municípios	3
	Org. profissionais	2
	Inst. educativas	10
	Outros	3
Total		185

As participantes residiam em bairros localizados na AML, caracterizados pela presença significativa de imigrantes e com fragilidades socioeconómicas. As imigrantes eram maioritariamente originárias dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOPs) ou descendentes e do Brasil, embora também tenham sido entrevistadas algumas mulheres portuguesas, incluindo algumas de etnia cigana.

O projeto procurou desvelar como as mulheres imigrantes efetivavam a cidadania em saúde, como um primeiro passo para exercer a cidadania. Definimos cidadania em saúde como o crescente envolvimento das cidadãs em assumirem responsabilidades em saúde, tomando decisões informadas. Os principais objectivos incluíram:

1- Conhecer as necessidades das mulheres imigrantes e autóctones no que concerne ao acesso e à qualidade da saúde materno-infantil e reprodutiva.

2- Identificar barreiras ao acesso e à utilização dos serviços de saúde.

3- Comparar as percepções das imigrantes relativamente à qualidade e adequação do serviços de saúde recebidos com a percepção dos profissionais de saúde que prestam esses cuidados.

4- Identificar boas práticas com vista a desenvolver ferramentas interculturais e modelos de ação passíveis de aplicação noutros contextos.

5- Conhecer a acessibilidade das imigrantes aos serviços de planificação familiar e de interrupção voluntária da gravidez (IVG).

6- Adotar uma abordagem de investigação-ação, visando promover a cidadania em saúde.

7- Facilitar o desenvolvimento duma aliança comunitária com a sociedade civil e o sistema de saúde, de modo a dar continuidade ao trabalho.

Alguns elementos influenciaram o modo como a IA foi realizada: ter sido desenvolvido desde um centro de investigação de universidade pública portuguesa (e não numa comunidade, entidade de saúde ou da sociedade civil); a equipa ser interdisciplinar (como elementos oriundos das ciências sociais – sociologia, antropologia, psicologia social – e não das ciências da saúde), e, ainda, a maioria das investigadores serem de origem imigrante (mas não africanas); o facto de o sistema de saúde português ser excessivamente formal, pouco flexível, hierárquico e focado em questões biomédicas; e o combinar metodologias qualitativas tradicionais (entrevistas, observação participante, etc.) com a IA.

A IA envolveu duas estratégias de intervenção diferenciadas. Por um lado, a intervenção com as mulheres (imigrantes, não imigrantes, grávidas e com filhos pequenos), e, por outro, a intervenção com profissionais de saúde e sociedade civil com vista a constituir uma aliança comunitária. Neste sentido, o *ethos* do projeto assentava num compromisso com a realidade visando a transformação social.

O desenho articulou duas partes. A primeira abrangeu os objectivos 1 a 5, visando que a recolha de informação permitisse: um diagnóstico ou avaliação das necessidades de saúde satisfeitas e não satisfeitas, das barreiras de acesso aos serviços, a identificação das estratégias desenvolvidas (mulheres, profissionais de saúde, sociedade civil) na resolução de problemas. Também contrastamos a opinião e as percepções das mulheres e dos profissionais de saúde, porque este cruzamento seria relevante no momento da IA. A segunda parte abarcou os objectivos 6 e 7, desenvolvidos a partir dos resultados da primeira etapa (mapeamento de problemáticas e recursos existentes e em falta) nos vários contextos da AML para realizar intervenções apropriadas.

Intervenção no terreno: passando à ação

Os resultados preliminares obtidos na primeira etapa (diagnóstico) moldaram as intervenções, tanto as realizadas com as mulheres imigrantes como o próprio processo de construção da aliança comunitária e a realização do Fórum Comunitário.

Nas intervenções com as mulheres, a pesquisa inicial permitiu identificar a existência de variados projetos de intervenção em saúde e de recursos distribuídos de forma desigual no território, o que foi levado em consideração no momento de decidir as intervenções (onde, como e porquê). Alguns municípios eram abrangidos por muitas iniciativas, e noutros pouco ou nada. Dado que o objectivo não era concorrer com projetos em curso, a opção foi desenvolver intervenções em parceria com a sociedade civil, onde fossem pertinentes e significassem uma mais-valia para as mães. Dos vários territórios, seleccionamos dois com escassos recursos (Cacém em Sintra e Unhos em Loures), e organizamos uma intervenção em cada um.

A primeira foi um *workshop* de formação com mães jovens de origem imigrante (maioritariamente cabo-verdiana) sobre alimentação e nutrição e saúde do bebé (temática escolhida pelas interessadas). Liderado por uma médica imigrante, envolveu jogos didáticos (como preparar uma refeição nutritiva com poucos recursos) e uma sessão aberta de perguntas. As pesquisadoras cuidavam/brincavam com as crianças e/ou realizavam observação participante. Na medida do possível, as relações se mantiveram horizontais num ambiente descontraído. As mães se mostraram satisfeitas por terem recebido novas informações para tomarem melhores decisões acerca da saúde familiar.

A segunda intervenção foi a celebração do Dia da Mãe, com grávidas e mães, num encontro que contemplava formação para elas e atividades lúdicas para os filhos. Neste caso, além da equipa de investigação como observadoras participantes, participou uma equipa interdisciplinar de especialistas

(médica e odontóloga, ambas imigrantes, e uma professora de yoga), que lideraram sessões formativas sobre: saúde na gravidez, a amamentação, a nutrição e a saúde oral (grave problema entre as grávidas e lactantes devido aos poucos serviços disponíveis) e uma aula de yoga sobre respiração, relaxamento e massagens para mães e bebês. No fim, foram entregues enxovais para os bebês, roupas para crianças e para grávidas, carrinhos para bebês, brinquedos e produtos para a saúde oral. Estes elementos foram angariados pela equipa numa campanha divulgada nas universidades e entre amigos, durante os meses anteriores. A parte formativa do evento envolveu perguntas e respostas, discussão de exemplos e exercícios, mas o encontro foi também uma oportunidade para as mulheres se conhecerem, partilharem experiências e ativar uma incipiente rede de entre-ajuda.

A segunda estratégia participativa foi o desenvolvimento duma aliança comunitária, que se prolongou ao longo do projeto, fazendo a ponte entre a recolha de informação e a ação. Desde as entrevistas iniciais realizadas a médicos/as, enfermeiros/as, assistentes sociais, psicólogos/as, mediadores culturais e técnicos/as das associações, a equipa anunciou que um dos objectivos abarcava a intervenção, pelo que numa etapa posterior seriam convidados a participar e refletir com outros atores para, conjuntamente, articularem uma aliança comunitária ao nível da AML. Esta proposta foi recebida de forma positiva e ajudou a realizar um mapeamento dos recursos, programas e práticas existentes.

Posteriormente, estes atores, o Alto Comissariado para a Imigração e o Dialogo Intercultural, vários Centros de Saúde, ONGs e alguns académicos especialistas foram convidados a participar do Fórum Comunitário. Este visou uma estratégia de participação direcionada, promovendo o diálogo entre os participantes de modo a se conhecerem e darem continuidade ao trabalho. De manhã, apresentou-se o projeto seguido de partilha de experiências com o intuito de preparar o terreno para as seguintes atividades. Na parte da tarde, os participantes optaram por se envolverem em um dos três *workshop* previstos, que aprofundaram o debate sobre os temas identificados como mais relevantes na avaliação de necessidades (Quadro 1).

Quadro 1. Workshops do Fórum Comunitário

Workshop 1	Relacionamento entre profissionais da saúde e utentes: o diálogo possível
Workshop 2	Influências dos factores socioeconómicos no acesso à saúde
Workshop 3	O empowerment das mulheres nas suas comunidades

Cada *workshop* teve um moderador externo, de modo a permitir que a equipa de investigação estivesse focada na observação participante. O encerramento do Fórum envolveu uma sessão de partilha de conclusões por cada *workshop*, fechando o evento com a participação de um grupo de jovens do teatro fórum, interpretando uma peça sobre a gravidez na adolescência na comunidade cabo-verdiana.

Um dos objectivos do Fórum Comunitário era facilitar o encontro dos diferentes atores para integrarem a aliança comunitária; e outro objectivo foi o estimular a participação e discussão com vista a construir de forma conjunta as conclusões do projeto. Devido à participação fluída dos envolvidos, à riqueza na discussão e no intercâmbio, o balanço do Fórum foi positivo.

O Quadro 2 sintetiza as estratégias usadas na IA segundo a população-alvo e o tipo de intervenção.

Quadro 2. IA no Projeto Saúde e Cidadania

Estratégias Participativas (IA)	
Mulheres	Profissionais Saúde, ONGs, SNS
- Workshop Formação - Ação Dia da Mãe	- Aliança Comunitária - Fórum Comunitário

Neste artigo, o objectivo é analisar, de forma crítica, a IA como metodologia participativa, pelo que não é pertinente a apresentação dos resultados do projeto. Passamos, por isso, à reflexão crítica, referenciado alguns dos desafios e potencialidades da metodologia.

Reflexão crítica sobre a IA em migrações e saúde

Globalmente, a experiência de IA foi positiva, mas vários ângulos merecem ponderação e reflexão. Para uma melhor apreciação, dividimos os assuntos em: a) desenho da investigação e os ciclos da IA; b) propósito da IA; c) características da IA; d) condicionantes relevantes na realização deste estudo.

a) Desenho e ciclos da IA

Devido ao facto de o projecto Saúde e Cidadania ter sido desenvolvido por um centro de investigação numa universidade, e não por instituição comunitária, sentimos que esta situação condicionou o delineamento da IA, existindo uma diferença entre a forma ideal de conceber uma IA, especialmente nas etapas de desenho – que deve promover a participação – e as possibilidades concretas de realização na prática. Vários elementos interferem. Por exemplo, a necessidade de obter financiamento limita a IA em vários sentidos. O tempo para conceber o projecto é geralmente reduzido, e nem sempre é possível contar com todos os apoios comunitários desejáveis, nem envolver as entidades públicas do âmbito da saúde (as autorizações são morosas) ou, mesmo, de outras entidades relevantes. Os possíveis parceiros, como as ONGs, nem sempre mostram interesse nas fases de candidaturas porque supõem dedicação, sabendo à partida que as possibilidades de aprovação são limitadas. Ainda, dependendo das regulamentações dos concursos e financiamento, alguns não possibilitam as associações terem orçamentos, aumentando o desinteresse. Por outro lado, entre algumas entidades da sociedade civil existe resistência em acreditar no compromisso sincero da academia com a realidade comunitária ou medo de serem considerados só “objectos de estudo”. As equipas devem desenvolver e melhorar as relações com as entidades parceiras, antes de pensarem em candidaturas. Além das desconfianças entre equipas científicas e entidades comunitárias, quando estas são resolvidas, muitas vezes, é preciso persuadir os avaliadores dos projetos de investigação da importância e relevância das metodologias participativas como opções válidas para avançar no conhecimento e mudar a realidade, especialmente com certas populações.

O projeto Saúde e Cidadania foi concebido sob num *ethos* de inclusão social, abrangendo uma população vulnerável (mulheres grávidas e mães imigrantes), pelo que a IA apresentou-se como uma metodologia adequada, especialmente pela potencialidade como ferramenta de recolha de dados e, em consequência, melhorar o tipo de conhecimento recolhido, bem como pela possibilidade de intervir sobre essa realidade. Na prática, a inclusão inicial de todos os parceiros não foi possível, pelo que a IA não foi desenhada com o consentimento expresso das futuras entidades envolvidas quer devido aos morosos processos de autorização de algumas, quer devido à falta de compromisso na fase inicial. No entanto, uma vez que o diagnóstico era uma etapa central para conhecer as necessidades de saúde das grávidas e das mulheres imigrantes, seria possível identificar parceiros posteriormente, assumindo uma maior participação da comunidade oprimida (usando a caracterização de Seliner).

Em relação à aplicabilidade do modelo da IA em forma de espiral repetitiva, os projectos de investigação académicos nem sempre permitem repetições em passos subsequentes. Por exemplo, os prazos a cumprir nas etapas planificadas podem não coincidir com a disponibilidade dos outros actores ou parceiros envolvidos, ou com o *timing* das comunidades. Normalmente, é possível uma primeira aplicação, que pode ser pensada como piloto, mas as etapas posteriores, que corrigem e melhoram as ações ou intervenções iniciais, geralmente ficam como propostas futuras. No projeto Saúde e Cidadania, a sua natureza não possibilitava repetições em espiral, pelo que foram oportunidades únicas de transformação (via formação participativa), em especial, no caso das intervenções com as mulheres na aliança comunitária. Devido às limitações em termos de tempo, não foi possível realizar novamente as iniciativas melhoradas. No entanto, tal não impediu uma aprendizagem transversal sobre a forma de realizar as ações com as participantes. Do primeiro evento com as jovens mães, foi possível retirar alguns ensinamentos para o segundo evento, embora tenha sido realizado com outro grupo de mães.

Quanto à construção de aliança comunitária, o Fórum também não foi repetido, mas a construção da própria aliança foi conseguida ao longo do tempo. O Fórum foi um dos resultados delimitados temporalmente, mas com a possibilidade de continuação no futuro, embora tal já não dependesse da equipa de investigação.

b) Propósito da IA

Quanto à tentativa da IA de melhorar as práticas, o projecto, por meio dos vários métodos de recolha e nas intervenções, identificou barreiras na efetivação da cidadania em saúde das mulheres imigrantes. Nesse sentido, e na medida do possível, proporcionou conhecimentos que pudessem ajudar a melhorar o acesso e a acessibilidade aos serviços de saúde, quer a nível individual, com a mulheres imigrantes nos momentos das intervenções, quer a nível comunitário e do SNS, com a aliança comunitária e o Fórum na AML. No entanto, o impacto nesta segunda instância é limitado, dado que a equipa não contava com o poder necessário para mudar o SNS. Contudo, os esforços foram canalizados a Direção-Geral de Saúde e para o Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (ACIDI, nesse momento), e, também, promovidos por meio da disseminação de resultados ao público, decisores e autoridades responsáveis no âmbito da saúde. Ao todo, a desejada mudança social ficou limitada ao grupo de mulheres e aos profissionais e ONGs que participaram, sem podermos avaliar, ao certo, o impacto real, especialmente na vida das mulheres imigrantes envolvidas.

c) Características da IA

Como mencionado, as características fundamentais da IA²³ envolvem: o carácter participativo, o impulso democrático e a contribuição simultânea entre a investigação e a ação. O projeto envolveu a participação de vários tipos de atores, mas houve momentos de maior e menor participação. A necessidade de transformação social nem sempre foi evidente para estes atores (mulheres, profissionais da saúde, ONGs), não por falta de vontade mas por não estarem cientes da possibilidade de assumirem um papel ativo nessa transformação. No caso das imigrantes que participaram nas intervenções, algumas assumiram um papel ativo como cidadãs, traduzido numa atitude favorável na criação de redes entre-ajuda e perante os conhecimentos adquiridos. Mas outras participaram, sobretudo, na expectativa de obterem algo em troca (roupas, brinquedos, enxoval). Do lado dos profissionais da saúde e sociedade civil envolvidos no Fórum Comunitário, a vontade de envolvimento a favor da mudança era manifesta, no entanto, a capacidade de exercer poder efetivo (melhorar o acesso e a acessibilidade aos cuidados de saúde) dependia de fatores externos (posição que ocupavam, capacidade de mobilização). Contudo, dado que, no Fórum, participaram autoridades do Ministério da Saúde, a mensagem sobre a necessidade de mudança e em que aspectos, foi passada.

Segundo Meyer¹⁹, a participação envolve também confiança em relação à equipa de investigação. Estabelecer estes laços foi mais fácil com as associações, e mais restrito com as entidades do âmbito da saúde, como os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e a Administração Regional de Saúde, e no contato direto com as mulheres imigrantes. As entidades públicas exigiram autorizações de ética para entrevistarem os profissionais de saúde, condicionando a sua própria participação, possivelmente por medo dos resultados no contexto da crise financeira e cortes orçamentais que afectaram significativamente o acesso e a acessibilidade aos cuidados de saúde por parte das imigrantes. Por outro lado, a equipa dependeu das ONGs na identificação das mulheres envolvidas, pelo que a empatia e a capacidade de escuta foram a forma de ganhar a confiança. A boa relação estabelecida permitiu a realização dos acompanhamentos (estudos de caso) quando elas precisaram de apoio para irem ao médico ou realizarem exames (ecografias, consultas, etc.), ou procuravam outros serviços (polícia de fronteira, ONGs, etc.) para resolverem os seus problemas. Estas relações de confiança foram também uma oportunidade de intercâmbio e mobilização para ambas as partes.

A dimensão relacionada com o impulso democrático da IA que considera todos os participantes como iguais, foi possível de forma relativa. A equipa tratou os participantes (mulheres, ONGs, profissionais de saúde) em pé de igualdade, no entanto o sentimento de desigualdade nas relações, especialmente com as imigrantes, esteve presente, dependendo do contexto, do ambiente nas relações interpessoais, entre outros. A própria equipa de investigação estava integrada por pesquisadoras (professoras, pós-doutorandas e estudantes de doutoramento), e não por membros da comunidade, situação difícil de contornar mas que teve um peso negativo nas relações horizontais. Por outro lado, a

equipa não era uma intermediária no sentido lato, dado que dependia das parcerias com as ONGs para estabelecer contato direto com as imigrantes, situação que não favoreceu a discussão e validação do conhecimento, salvo em determinadas ocasiões.

Sobre a terceira característica, a contribuição simultânea entre investigação e a ação, por meio das ações do projeto (intervenções, fórum comunitário) tentamos exercer influência, no entanto seria exagerado afirmar que houve uma transformação profunda da realidade. O sucesso foi mais visível na tentativa de uma maior conscientização de todos os atores envolvidos e na chamada de atenção pública para a degradação evidente do SNS no acesso e acessibilidade aos cuidados de saúde materno-infantil e de saúde reprodutiva, especialmente entre as populações imigrantes, contrariando o discurso oficial desatualizado sobre a existência de acesso universal, incluindo das mulheres imigrantes documentadas ou indocumentadas, à saúde materno-infantil.

d) Condicionantes

Um conjunto de fatores tiveram um papel importante no projeto e nos resultados, dado que o seu início coincidiu com o agravamento da crise económica em Portugal, marcado pela austeridade e cortes orçamentais que tiveram um impacto negativo na saúde das imigrantes, nomeadamente as indocumentadas. Neste sentido, presenciamos a desarticulação de redes sociais de apoio e a resiliência na procura de soluções, situação que afetou as relações com o SNS.

Um segundo condicionante na relação com o SNS teve a ver com a formação da própria equipa de investigação, composta por pesquisadoras das ciências sociais, e não das ciências da saúde. Os profissionais de saúde em Portugal, especialmente os médicos, por estarem acostumados a realizar estudos clínicos, epidemiológicos e biomédicos, desconfiam dos estudos qualitativos como o nosso, o que dificultou o processo de pedido formal de autorização à comissão de ética. No entanto, dentro do SNS, deparámo-nos com duas posições contraditórias que ilustram os interesses opostos dentro do próprio sistema. Enquanto os profissionais inseridos nas comunidades, especialmente enfermeiros/as, queriam participar para mudar a situação, os Diretores e responsáveis de serviço exibiam apatia e colocavam entraves, situação que desfavoreceu o trabalho da aliança comunitária.

Um terceiro aspecto, de teor reflexivo, é a importância de não se perder a perspectiva global do projeto quanto à transformação social pretendida com a IA. A desejável mudança no plano individual das imigrantes por meio de intervenções empoderadoras, como aquelas trazidas pela aliança comunitária, daí que manter o balanço entre ambas – perspectiva individual (mulheres) e global (objectivo de mudança a nível macro) – fosse um desafio. Num momento de hesitação sobre a capacidade de 'fazer a diferença', um grupo de profissionais da saúde confidenciou que o projeto tinha tido um impacto positivo por ter criado um espaço de reflexão. Este reconhecimento deu um novo ímpeto ao trabalho de intervenção.

Palavras finais

A experiência de IA no projeto Saúde e Cidadania aponta para o facto de que benefícios deste tipo de método superam as fragilidades do mesmo, podendo estas serem ultrapassadas com criatividade, persistência e flexibilidade. Os resultados positivos abrangeram tanto as imigrantes como os profissionais de saúde e a sociedade civil interessados na transformação social.

De uma perspectiva académica, é importante manter uma mente aberta em relação aos objectivos possíveis de atingir, reconhecendo tanto constrangimentos como mais-valias. A incorporação da IA na pesquisa permitiu-nos fazer uma recolha sistemática de dados, de forma participativa e consensual, que serviram para complementar diagnósticos e avaliações de necessidades sobre o acesso das imigrantes aos serviços de saúde materno-infantil e reprodutiva. Deste modo, a IA como ferramenta complementar ajudou a planificar a ação, unindo investigação e prática e possibilitando, em parte, a sua incorporação no planeamento das políticas públicas.

Quanto aos tipos de IA identificados²¹, o nosso projeto não assumiu unicamente uma das tipologias, mas devido à sua dupla intervenção (imigrantes e profissionais de saúde/sociedade civil), incorporou características de todas elas ao recolher dados sistematicamente, interpretá-los em colaboração com os profissionais de saúde e adotar uma perspectiva crítica com visão empoderadora.

Os resultados do projeto revelam a riqueza da IA como metodologia autónoma e complementar, porque, além de promover a mudança por meio da intervenção, permite a recolha de informações relevantes não disponíveis por outras vias. A IA, pelo facto de promover a adopção de perspectivas críticas e reflexivas, que geram consciência crítica nas e sobre as populações envolvidas (i.e. imigrantes, profissionais de saúde, sociedade civil), impulsionou que as próprias participantes assumissem um papel ativo na identificação de problemas e soluções. O resultado aponta para a IA como metodologia promissória para abordar temáticas na intersecção da saúde, migrações e género, permitindo conferir novas orientações a problemáticas geralmente abordadas pelas ciências da saúde com enfoques epidemiológico e biomédico.

As equipas de pesquisa de IA devem ser interdisciplinares das ciências sociais e da saúde, quer para integrarem as várias perspectivas quer para desenvolverem uma visão holística sobre os serviços e as necessidades de saúde das populações vulneráveis. Para a IA ter mais impacto, é preciso que as equipas integrem, via parcerias, elementos da sociedade civil e entidades estatais no âmbito da saúde, de modo a ter representado o leque de atores e de assegurar influência a nível das políticas. A complementaridade de olhares, perspectivas e atores na IA pode significar mudanças sociais mais profundas e duradoras nas comunidades, tornando-se uma ferramenta de promoção da cidadania, inclusivamente entre populações imigrantes, geralmente excluídas dessa cidadania.

Finalmente, a IA deve ser entendida como uma estratégia relevante na investigação realizada nas universidades, porque, por meio da ligação teoria-prática, a universidade assume um papel comprometido dentro do que hoje se denomina investigação responsável, “devolvendo” às comunidades o conhecimento recebido.

Referências

1. Padilla B, Hernández-Plaza S, Ortiz A. Avaliando as boas práticas em saúde e migrações em Portugal: teoria, prática e política. *Forum Sociol.* 2012; 22:33-41.
2. Padilla B, Hernández-Plaza S, Freitas C, Masanet E, Santinho C, Ortiz A. Cidadania e diversidade em saúde: necessidades e estratégias de promoção de equidade nos cuidados. *Saude Technol.* 2013; Supl:57-64.
3. Dias S, Rodrigues R, Silva AC, Horta R, Cargaleiro H. Procura de cuidados e acesso aos serviços de saúde em comunidades imigrantes: um estudo com imigrantes e profissionais de saúde. *Arq Med.* 2010; 24(6):253-9.
4. Dias S, Gama A. Investigação participativa baseada na comunidade em saúde pública: potencialidades e desafios. *Rev Panam Salud Publica.* 2014; 35(2):150-4.
5. Noffke S, Somekh B, organizadores. *Handbook of educational action research.* London: Sage; 2010. p. 1-5.
6. Noffke S. Revisiting the professional, personal and political dimensions of action research. In: Noffke S, Somekh B. *Handbook of educational action research.* London: Sage; 2010. p. 6-23.
7. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS. *Strategies of qualitative inquiry.* 3a ed. Thousand Oaks: Sage; 2007. p. 271-330.

8. Lewin K. Action research and minority problems. *J Soc Issues*. 1946; 2(4):34-46.
9. Corey SM. Action research to improve school practices. New York: Columbia University, Teachers College Press; 1953.
10. Tripp D. Pesquisa ação: uma introdução metodológica. *Educ Pesqui*. 2005; 31(3):443-66.
11. Elliot J. Action Research of educational change. Philadelphia: Open University Press; 1991.
12. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3a ed. Victoria: Deakin University; 1988.
13. Freire P. Pedagogy of the oppressed. New York: Continuum; 1970.
14. Selener D. Participatory action research and social change: approaches and critique. New York: Cornell University; 1997.
15. Borda OF. Conocimiento y poder popular. Bogotá: Siglo XXI; 1985.
16. Balcazar FE. Investigación acción participativa (iap): aspectos conceptuales y dificultades de implementación. *Fundam Humanid*. 2003; 27:59-77.
17. Koshy E, Waterman H, Koshy V. Action research in healthcare. Los Angeles: Sage; 2011.
18. Carr W, Kemmis S. Becoming critical: education, knowledge and action research. London: Falmer; 1986.
19. Meyer J. Qualitative research in health care: using qualitative methods in health related action research. *Br Med J*. 2000, 32(7228):178-81.
20. Waterman H, Tillen D, Dickson R, de Koning K. Action research: a systematic review and guidance for assessment. *Health Technol Assess*. 2001; 5(23):1-166.
21. Whitelaw S, Beattie A, Balogh R, Watson J. A review of the nature of action research. Cardiff: Welsh Assembly Government; 2003.
22. Huddleston T, Bilgili O, Joki A, Vankova Z. Migrant Integration Policy Index 2015. Barcelona, Brussels: CIDOB and MPG; 2015.
23. Meyer J. Action research. In: Gerrish K, Lacey A, organizadores. The research process in nursing. Oxford: Blackwell; 2006.

Padilla B. Salud y migraciones: metodologías participativas como herramientas de promoción de la ciudadanía. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):273-84.

El campo de estudio "salud y migraciones" es relativamente nuevo, tanto entre las ciencias de la salud como en las ciencias sociales, tanto si la problemática es abordada con metodologías cuantitativas y/o con metodologías cualitativas tradicionales. Recurrir a metodologías participativas ha sido una excepción, aunque ellas ofrezcan una oportunidad concreta de intervención, tanto con los usuarios de los servicios de salud como con los profesionales de salud. Recurriendo a un caso específico de investigación sobre salud materno-infantil y reproductiva en las poblaciones migrantes, este artículo pretende contribuir al debate sobre el uso de estas metodologías y los desafíos y las posibilidades que ofrecen como herramienta metodológica en investigación dirigida al cambio social.

Palabras-clave: Metodologías participativas. Salud materno-infantil. Salud reproductiva. Inmigración.

Submetido em 01/08/2016. Aprovado em 11/12/2016.

Discutir saúde e imigração no contexto atual de intensa mobilidade humana

Daniel Granada^(a)Ioná Carreno^(b)Natália Ramos^(c)Maria da Conceição Pereira Ramos^(d)

Granada D, Carreno I, Ramos N, Ramos MCP. Debating health and migrations in a context of intense human mobility. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):285-96.

This paper discusses the relationship between immigration and health in Brazil, from a historical approach seeking to put in context this debate from the nineteenth century to the present day. These relationships highlight the challenges of social policies of reception and integration of immigrants in a globalized world. Through literature review on immigration and health both in the Brazilian and the international context, we seek to reveal essential priorities to public health emerging from the present intense human mobility. Socioeconomic inequalities are the hallmark of the immigrants' experience, exposing these populations to greater vulnerability, illness and a reducing their quality of life. We conclude on the much needed promotion of equitable access to health, discrimination prevention, expansion of public policies, adequate training of professionals and offering services that are fitted to migrants, from the point of view of migration as a social determinant of health.

Keywords: Immigration. Public health. Primary health care. Quality of life. Public policies.

Este artigo aborda as relações entre imigração e saúde no Brasil, partindo de uma abordagem histórica que busca contextualizar o debate no país desde o século XIX até os dias atuais. A problematização dessas relações destaca os desafios das políticas sociais de acolhimento e integração dos imigrantes no mundo globalizado. Por meio da revisão bibliográfica sobre imigração e saúde no contexto brasileiro e internacional, buscamos prioridades que se impõem à saúde coletiva em face da intensa mobilidade humana atual. As desigualdades socioeconômicas marcam a experiência de parte dos imigrantes, expondo estas populações a uma maior vulnerabilidade, adoecimento e menor qualidade de vida. Apontamos a necessária promoção da equidade de acesso à saúde, prevenção contra a discriminação, ampliação das políticas públicas, formação dos profissionais e oferta de serviços adaptados, abordando a temática das migrações como determinante social de saúde.

Palavras-chave: Imigração. Saúde coletiva. Atenção básica de saúde. Qualidade de vida. Políticas públicas.

^(a) Centro de Ciências Humanas e Sociais (CCHS), Univates. Rua Avelino Tallini, 171, Sala 213, prédio 2. Lajeado, RS, Brasil. 95900-000. dgdsferreira@univates.br

^(b) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), Univates. Lajeado, RS, Brasil. icarreno@univates.br

^(c) Centro de Estudos das Migrações e das Relações Interculturais (CEMRI), Universidade Aberta. Lisboa, Portugal. natalia@uab.pt

^(d) CEMRI, Faculdade de Economia (FEP), Universidade do Porto (UP). Porto, Portugal. cramos@fep.up.pt

Introdução

A mobilidade humana é um fenômeno histórico que acompanha o desenvolvimento das sociedades e a crescente globalização. O aumento significativo de pessoas que deixam os seus países tem se dado, sobretudo, devido às facilidades proporcionadas pelos avanços tecnológicos, que: reduzem os custos de transporte e comunicação e os espaços geográficos, facilitam as relações transnacionais, bem como proporcionam a queda de barreiras de circulação, aumentando o fluxo de bens, serviços, capital, conhecimento e ideias. As desigualdades de desenvolvimento econômico entre países e os conflitos políticos e armados também contribuíram para este aumento. O crescimento da imigração tem também acarretado políticas de controle migratório cada vez mais opressivas, com alto grau de seletividade, quase sempre baseadas em questões de segurança e em detrimento do aspecto humanitário¹⁻⁴.

A mobilidade internacional tem fundamental importância na atualidade em função do aumento intenso e diversificado do fluxo e circulação humana e de deslocamentos forçados ou voluntários. A complexidade dos deslocamentos atuais coloca em evidência a necessidade de se construir modelos explicativos abrangentes e interdisciplinares, que busquem alcançar a multifatorialidade na explicação dos fenômenos relacionados às migrações e saúde, e que se constituam na interface dos diferentes campos do saber⁵. Também é necessário compreender as dimensões escalares da imigração e buscar explicações que não derivem em particularismos idiossincráticos ou largas escalas em que se perde a dimensão dos indivíduos que compõem estes fluxos. Em se tratando de saúde, modelos comparativos e de médio alcance podem ser bastante produtivos na compreensão das relações entre imigração e saúde.

Este artigo, elaborado por meio da revisão bibliográfica sobre o tema, busca, inicialmente, abordar as relações entre saúde e imigração no Brasil numa perspectiva histórica, estendendo-se, em seguida, ao debate contemporâneo sobre imigração e saúde, tentando compreender as suas implicações quando pensamos as relações complexas entre saúde e imigração.

Saúde e imigração em contexto histórico: um novo debate no Brasil?

As relações entre saúde e imigração não são temas novos no Brasil. O país recebe historicamente vagas de imigrantes desde as suas origens. No final do século XIX, houve o período de chegada de imigrantes mais intenso no país, sobretudo portugueses, italianos e espanhóis, que vinham para realizar a substituição da mão de obra escrava e se integrar dentro do projeto de "branqueamento" da jovem república brasileira⁶⁻⁹. Imigrantes japoneses começam a se instalar a partir do início do século XX. Estima-se que o Brasil, no período entre o final do século XIX e início do século XX, acolheu, aproximadamente, 4,4 milhões de pessoas, vindas, sobretudo, de Portugal, Itália, mas, também, da Espanha, Japão e Alemanha, além de outros países¹⁰.

Estudos históricos e antropológicos ressaltam questões associadas às ideias sobre o "branqueamento" da população brasileira por meio da mistura das populações locais e aquelas de origem africana, com populações brancas de origem europeia, visando à melhoria da "raça"^{6-9,11,12}.

As ideias relativas ao "branqueamento" eram estruturadas sobre princípios do evolucionismo e dos determinismos raciais. Elas partiam de uma afirmação-chave, de que a miscigenação não produziria, inevitavelmente, "degenerados", mas uma população mestiça, que teria a capacidade de se tornar cada vez mais branca tanto fisicamente quanto em termos culturais⁹.

A imigração branca, portanto, teria como efeito reforçar a predominância dos brancos e fortalecer a população brasileira por intermédio da mistura. Entretanto, de acordo com Ramos e Maio, a doutrina do branqueamento era marcada por certa ambivalência em relação à mestiçagem, ora concebida como negativa, ora como positiva¹¹. Esse pensamento tinha como base ideias sobre a diminuição da população negra com relação à branca por motivos associados: à suposta baixa fertilidade dos negros e mulatos, suposta inferioridade intelectual, maior incidência de doenças sobre esta população e a desorganização, além da tradição portuguesa de cruzamentos inter-raciais e a imigração europeia¹¹.

Neste contexto, questões relacionadas à saúde e imigração fazem parte do debate no país, pelo menos, desde meados do século XIX, estando intimamente associadas à própria formação nacional. Chalhoub demonstra as relações entre a incidência da febre amarela que, segundo os registros, teria

letalidade maior entre a população imigrante do que entre os negros durante o século XIX. O autor discorre sobre a falta de ação do governo com relação às doenças que atingiam, preferencialmente, os negros (tuberculose e varíola) em comparação com as doenças que atingiam mais diretamente os imigrantes recém-instalados no Brasil, como a febre amarela¹². O fato de a epidemia manchar a imagem do Brasil no exterior faria com que o governo tornasse o seu combate uma de suas prioridades. Segundo Chalhoub, os médicos apoiariam a proposta imigrantista por meio de um viés racista e compartilhariam das ideias vigentes no período¹². Para Maio, seriam as condições econômicas, sociais e sanitárias que marcariam a sociedade brasileira da época, o que teria influenciado a identificação dos médicos com as propostas imigrantistas¹³.

Na década de 1940, no período da Segunda Guerra Mundial, alemães vieram ao Brasil e foram vistos como ameaça à segurança da nação e possíveis colaboradores do regime nazista. A cidade de Rolândia (Paraná) é um exemplo de inadequação de acolhimento e respeito a esses imigrantes. Nessa cidade, instalou-se a “polícia política”, que perseguia vários imigrantes alemães, levando até a exclusão do núcleo familiar e econômico, provocando inúmeras formas de adoecimento¹⁴.

Situação semelhante também ocorreu no Vale do Itajaí, em Santa Catarina, onde, no período entre 1937 e 1945, em função da “campanha de nacionalização” promovida pelo Estado Novo, visava-se à integração e caldeamento de todos os “alienígenas”, e uma série de medidas foi tomada, durante a “campanha militar”, para a tarefa de nacionalização. Essas políticas de nacionalização também ocorreram em outras partes do Brasil, como em São Leopoldo, no Rio Grande do Sul¹⁵.

No período de 1908 a 1942, mais de 188 mil japoneses imigraram para o Brasil, indo, inicialmente, para as fazendas de café e instalando-se, sobretudo, no estado de São Paulo. Na época, eram acusados de terem dificuldades de aculturação, a imigração japonesa sendo considerada um risco para a “raça em formação” no Brasil. Dessa forma, incentivou-se a entrada de europeus em detrimento dos japoneses¹⁶.

Imigração e emigração no Brasil no contexto atual

Os fluxos migratórios contemporâneos para e a partir do Brasil devem ser entendidos em sua diversidade e complexidade no contexto da globalização e internacionalização dos mercados de trabalho. Durante os anos de 1980, tem início um novo movimento populacional. Desta vez, são os brasileiros que decidem emigrar em busca de uma vida melhor e da ascensão social que lhes é negada pela situação no Brasil. Assim, milhares de brasileiros partem para trabalhar nos países do Norte, nomeadamente EUA¹⁷⁻²³, mas, também, na Europa, especialmente em Portugal e Suíça²⁴⁻³¹.

A primeira vaga de imigração brasileira em Portugal era composta por elevada proporção de profissionais qualificados originários da classe média brasileira, que chegaram a Portugal até meados da década de 1990 (quadros superiores e profissões liberais, como médicos, dentistas e empresários); a que se seguem mudanças no perfil socioeconômico dos imigrantes brasileiros, com menor grau de instrução e qualificação profissional, instalados em Portugal a partir dos finais dos anos 1990 (trabalhadores não especializados na construção civil, comércio, restauração, serviços domésticos, de limpeza, etc.)^{3,29}.

Os estrangeiros residentes oficialmente em Portugal representam, segundo o Censo de 2011, 4% dos residentes no país, cerca de quatrocentas mil pessoas, e situam-se em uma faixa etária mais jovem do que as dos portugueses, sendo os brasileiros, os cabo-verdianos, os ucranianos e os romenos os mais representativos. Os brasileiros representam 28% dos estrangeiros residentes, e caracterizam-se, também, por serem a comunidade em que a importância das mulheres é superior: 57,9% da comunidade brasileira³². A inserção dos imigrantes brasileiros no mercado de trabalho português é facilitada pela proximidade da língua.

Atualmente, no século XXI, a estabilidade econômica das últimas duas décadas tornou o Brasil novamente atraente para os estrangeiros. Este cenário evidencia a complexidade dos fluxos migratórios na atualidade, mostrando o Brasil, simultaneamente, como país de imigração e de emigração, mas, também, a mobilidade humana como uma das grandes chaves de produção e reprodução das desigualdades internacionais criadas pelo processo de globalização^{4,33}. Por um lado, continua ocorrendo

a emigração de brasileiros, ao mesmo tempo em que o país atrai novos fluxos de imigrantes. Além disso, é considerável o movimento de brasileiros que retornam ao país, sobretudo, em virtude da crise econômica, a partir de 2007, nos Estados Unidos e na Europa³⁴. Atualmente, fazem parte destes fluxos: trabalhadores altamente qualificados, refugiados políticos, vítimas de catástrofes ambientais, estudantes, entre outros. Com relação aos motivos dos deslocamentos, devem ser levados em conta, além de questões laborais e econômicas, fatores como: reagrupamento familiar, refúgio e asilo³⁵.

A presença de novos fluxos de imigração para o Brasil tem levantado questões sobre Direitos Humanos, sendo o acesso à saúde e a integração desta população na sociedade e no mercado de trabalho identificados como problemas a serem estudados. A produção acadêmica sobre o tema também tem acompanhado esse crescimento, enfocando diferentes aspectos relacionados às temáticas de imigração e emigração no Brasil³⁶⁻³⁹. Apesar dessa crescente produção, ainda são necessários estudos que analisem os efeitos da imigração e que considerem a questão escalar da imigração e seu impacto sobre populações em pequenas e médias cidades do interior do Brasil, ainda pouco estudadas. Faz-se necessário compreender o fenômeno da imigração dentro das especificidades dos territórios nos quais ele ocorre⁴⁰. O território assume-se, efetivamente, como variável de desenvolvimento econômico e social associado à melhoria das condições de vida da população^(e).

Saúde e imigração no Brasil contemporâneo

A presença de novos fluxos de imigração para o Brasil tem levantado questões sobre o acesso à saúde e a integração desta população na sociedade e no mercado de trabalho local. Alguns estudos que relacionam a imigração e o acesso à saúde no Brasil foram realizados em São Paulo, com imigrantes bolivianos, e trazem resultados relevantes sobre as interfaces entre imigração e saúde. Em um deles, constatou-se um quadro crescente de patologias associadas às precárias condições de vida e de trabalho, ressaltou-se a alta presença de tuberculose (TBC) em um dos distritos da cidade, com maior incidência sobre a população imigrante em comparação com a população local⁴². A presença da tuberculose e de problemas dermatológicos e respiratórios também foi registrada em outro estudo sobre os imigrantes bolivianos em São Paulo, problemas que estão associados à precariedade das condições de vida e trabalho desta população⁴³. Também na Europa e na América do Norte se verificaram estes mesmos problemas de saúde, assim como: uma maior frequência de mortalidade, morbidade, doenças graves, por exemplo, hepatite B e C e HIV- SIDA; mais comportamentos de risco para a saúde, como consumo de álcool, tabaco e drogas; mais estresse, problemas psicossomáticos, doença mental e física e menor qualidade de vida, nos imigrantes em situação de precariedade social⁴⁴⁻⁴⁷.

Num estudo sobre bolivianos em São Paulo, foi identificada a existência de políticas nacionais e locais de acesso ao serviço de saúde para a população migrante, e assinalada, igualmente, a valorização positiva, por parte dos bolivianos, relativamente ao acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) dentro de um quadro comparativo com relação ao país de origem, onde o acesso aos serviços de saúde, apesar de ser universal como no Brasil, ainda se encontra em fase de implementação e menos desenvolvido que o brasileiro⁴⁸.

Com relação aos imigrantes haitianos, um estudo realizado na cidade de Tabatinga, no Amazonas, mostra o impacto da chegada de um grande número de imigrantes na cidade de cerca cinquenta mil habitantes, situada na região

^(e) A definição de território empregada neste trabalho segue o sentido proposto pela geografia francesa em que se entende o território como porção da face terrestre apropriada, por grupos sociais, para garantir sua reprodução e a satisfação de suas necessidades vitais. Entidade espacial e local de convivência que é dele indissociável, neste sentido se coloca em evidência o território como fruto da ação humana, sendo que sua produção acarreta disputas de poder em diferentes dimensões, entre elas, as dimensões econômica e social⁴¹. No caso das migrações, é particularmente interessante compreender estas disputas de poder que ocorrem dentro das relações de dominação e de apropriação que se desenvolvem nos embates entre populações migrantes e locais, inclusive, no acesso aos serviços de saúde.

da fronteira do Brasil com Peru e Colômbia⁴¹. Os autores relatam casos de precariedade de condições de acolhimento, exploração dos imigrantes haitianos nos valores cobrados pelos aluguéis em residências frequentemente insalubres, além do “medo sanitário” fomentado pelos próprios moradores. Assinam o impacto do processo migratório na saúde mental e física destes indivíduos, tendo sido relatados: maus-tratos sistemáticos relativamente ao tráfico de pessoas, irresolução administrativa, condições de alojamento desumanas, acesso insuficiente a alimentos, representações negativas no nível da população local, estereótipo e discriminação. Expõem, também, o vazio existente entre as diferentes esferas de governo para a atenção a esta população, e a preocupação de não se “facilitar” o acolhimento e a assistência, evitando-se uma possível intensificação do fluxo migratório, já considerado acelerado, para o município⁴⁹.

Outro estudo analisa a saúde dos imigrantes haitianos, e assinala a falta de informação como fator dificultador de acesso aos serviços, considerando a avaliação dos serviços de saúde pelos haitianos como heterogênea: alguns avaliam positivamente o atendimento junto ao SUS, enquanto outros reclamam de demora no atendimento e dificuldade de acesso⁵⁰.

Outras temáticas relativas à condição que precede a inserção no circuito migratório, levantadas por Sayad, nos lembram que todo imigrante é, em sua terra natal, um emigrante⁵¹. Esta condição também precisa ser problematizada e compreendida, uma vez que uma das causas de sofrimento psicológico também se relaciona com o fato de que o projeto migratório, muitas vezes, é resultado de um esforço coletivo da família e parentes, que esperam a retribuição do emigrante uma vez instalado no país de destino; o que, no caso brasileiro, tem sido dificultado em função dos baixos salários pagos a grande parte dos imigrantes e das variações cambiais com a frequente desvalorização da moeda local em face do dólar ou do euro, gerando preocupação aos imigrantes que não conseguem retribuir o apoio recebido pelos familiares^(f).

No campo da saúde no Brasil atual, temos de considerar a questão dos diferentes deslocamentos, dado que envolvem explicações multifatoriais em que existe a circulação desde trabalhadores para os postos mais baixos do mercado de trabalho, como no caso de haitianos, ganenses, senegaleses, bengalis, bolivianos, entre outros; e migrações pendulares, como no caso dos paraguaios e moradores de zonas fronteiriças, até o caso de “fuga de cérebros” (*brain drain*) por meio de programas governamentais, como o “mais médicos”, com a instalação de médicos cubanos em centenas de cidades do Brasil, e trabalhadores diplomados altamente qualificados de países desenvolvidos que buscam melhor inserção no mercado de trabalho brasileiro e o desenvolvimento de uma carreira internacional⁵⁶⁻⁵⁷.

Saúde e mobilidade humana

O fenômeno da mobilidade humana envolve diversas modalidades, como: migrações internas, imigrações, emigrações, fluxos migratórios e refugiados. Para uns, a circulação é acelerada e facilitada com os passaportes biométricos e modalidades de transporte eficientes em custo e tempo. Já, para outros, migrar é, se não impossível, extremamente arriscado: rotas subterrâneas, vidas e trajetórias invisíveis, recursos escassos, e, se acaso chega ao destino, uma quantidade imensa de incertezas e privações.

Ao longo do tempo, observa-se que os imigrantes são grupos particularmente vulneráveis a uma diversidade de fatores que determinam as suas condições de saúde. No plano internacional, diversas questões têm sido levantadas com

^(f) O “sofrimento psicológico” envolve: sofrimento e dificuldades psíquicas e sociais, tensões, conflitos e sentimentos dolorosos, derivados de um conjunto complexo de relações entre o individual e o coletivo, bem como de mudanças, rupturas, perdas e traumas, de vulnerabilidades psíquicas e psicossociais, de problemas sociais, culturais, somáticos e psicológicos com que o indivíduo migrante se vê confrontado, e que podem afetar a sua saúde mental e física e a sua inserção social ^{44,46,52-55}

relação às especificidades da condição dos imigrantes e às desvantagens cumulativas sofridas por essa população no acesso à saúde. Há uma importância crescente do tema da saúde na agenda da União Europeia e na defesa da igualdade de acesso aos serviços prestados e melhoria da sua qualidade. A relação entre saúde e imigração ganha importância nas preocupações dos responsáveis políticos e dos investigadores que estudam a inserção e saúde dos imigrantes nos países de acolhimento. N. Ramos afirma que⁴⁷:

As questões dos direitos e da saúde das populações migrantes e minorias estão no centro das preocupações dos Estados, nomeadamente da União Europeia, onde se inclui Portugal. Com efeito, o direito à saúde constitui um direito fundamental indispensável para o exercício dos outros direitos humanos. (p. 7)

Os problemas relacionados com a imigração, a qualidade de vida e acesso à saúde aumentam com: as dificuldades comunicacionais, linguísticas e de adaptação no país de acolhimento, o confronto com o preconceito, o estereótipo e a discriminação, a aceitação de postos de trabalho pesados e mal remunerados e pouco reconhecidos socialmente, a falta de suporte social formal e informal, ou seja, isolamento, fracas redes sociais e dificuldade de informação e acesso aos serviços, designadamente de saúde^{26-28,30,31,44-47}. Exposição ao isolamento social, aos processos de aculturação e sofrimento psicológico e doença decorrente deste processo, habitação precária e insalubre em regiões desfavorecidas e sujeitas a catástrofes naturais e violência, deficiência alimentar, uso de drogas e álcool, incidência de certas condições de trabalho, entre outros, são fatores que tornam esta população mais vulnerável que as populações locais⁵⁸⁻⁶⁴. Entretanto, num estudo realizado no Quebec, foi constatado que os imigrantes gozavam de melhor saúde que os locais e que recorriam menos aos serviços de saúde, seja por falta de informação seja por não sentirem necessidade, tratando-se de uma população jovem e mais saudável⁶⁵. Os imigrantes podem não recorrer aos serviços de saúde por estas razões, mas também: por medo de serem denunciados no caso de estarem em situação irregular; por dificuldades linguísticas e culturais; por desconhecerem a legislação que regula os seus direitos, relevando questões de informação e de comunicação, nomeadamente no trabalho e na saúde^{28,30,31,44-47}.

A qualidade de vida associada às condições de trabalho dos imigrantes revela riscos laborais significativos, com repercussões na saúde e segurança no trabalho⁵⁸. A não aplicação de normas de segurança e saúde tem potenciais consequências de acidentes e doenças profissionais. Os trabalhadores imigrantes tendem a estar mais representados em setores sensíveis às flutuações económicas, mais expostos a trabalhos perigosos e menos saudáveis, com contratos menos seguros, temporários e com menor estabilidade de emprego, em ocupações menos qualificadas, em especial: na construção, serviços domésticos, atividades de limpeza, hotelaria, comércio, etc^{25,66,67}. As migrantes nos trabalhos domésticos referem: aspectos psicossociais, grandes exigências emocionais, escassa percepção de apoio, insegurança, monotonia, problemas de estresse, de sono, ansiedade, cansaço e tristeza, contexto de isolamento, sobretudo as empregadas "internas"³³.

Os debates acerca do acesso dos imigrantes aos cuidados de saúde estão relacionados com a inclusão ou não destes cidadãos nos sistemas de segurança social e nas políticas sociais e de acesso aos serviços em cada país, bem como nas políticas de imigração, de direitos humanos, de luta contra a discriminação e o racismo, e de coesão social⁶⁸⁻⁷¹. A coesão social promove a capacidade de uma sociedade assegurar o bem-estar de todos os seus membros e de minimizar as desigualdades e polarizações.

Nas relações entre saúde e imigração, considera-se importante a perspectiva de busca de trabalho e melhores condições de vida fora do país de origem, colocando-se, cada vez mais, a ênfase em fatores de atração e repulsão como elementos centrais nos processos de saúde e doença dos indivíduos, bem como relacionados com relações de gênero, com a durabilidade dos projetos migratórios, com

a circularidade e com a clandestinidade e desenvolvimento das redes internacionais das economias subterrâneas^{33,72,73}. Assiste-se, também, ao rápido crescimento dos deslocamentos pendulares e sazonais e à existência de transmigrantes⁷⁴. O migrante tem, cada vez mais, um estatuto de cidadão transnacional, estratégias de vida com múltiplas pertencas, culturas, identidades e nacionalidades⁷⁵. “O aumento das comunidades e das práticas transnacionais encontra-se estreitamente associado às transformações ocorridas nas políticas de cidadania, nos valores culturais e representações relativas à mobilidade, identidade, lealdade e pertença”⁴ (p. 80).

Estudos sobre a ocorrência de doença e causa de morte dos imigrantes assinalam que estes adotam menos medidas de saúde preventivas, recorrendo, sobretudo, aos médicos e hospitais em caso de emergência ou em estado avançado de doença; apresentam taxas elevadas de desnutrição, problemas respiratórios e intestinais, diarreia, doenças infecciosas (especialmente, as crianças), como malária, tuberculose e infecção por HIV; são objeto de diversas formas de discriminação, violência e precariedade socioeconômica que afetam a sua saúde mental, física e qualidade de vida, vindo agravar o problema a situação de clandestinidade/irregularidade, de exclusão social e de não reconhecimento da diferença, da singularidade do outro^{44,46,76}. A OMS refere como prioritário: o acesso aos determinantes de saúde (moradia, alimentação, saneamento e acesso à informação e aos serviços de saúde, entre outros), o combate às vulnerabilidades, desigualdades sociais, pobreza e discriminação, fatores que influenciam a saúde dos imigrantes⁷⁷.

Desse modo, pensar a imigração e suas relações com os determinantes sociais de saúde nos levaria a interrogar sobre a posição social na qual o imigrante se insere. Na medida em que, no caso da imigração de baixa qualificação profissional, o imigrante se insere nos postos mais baixos e menos remunerados na sociedade de acolhimento, ele estará exposto às condições ambientais e sociais que provocam uma maior vulnerabilidade ao adoecimento, conforme mostram os estudos acima citados. Convém, portanto, analisar as relações entre saúde e imigração no caso brasileiro, considerando a perspectiva que tem sido seguida por pesquisadores no caso da Europa ou dos Estados Unidos, em que se advoga a compreensão do próprio fenômeno migratório como um determinante social de saúde complexo e multifatorial, com impacto nas populações deslocadas ou acolhidas, bem como nas populações locais em ambos os polos do circuito⁷⁸⁻⁸⁰.

Considerações finais

O problema das desigualdades socioeconômicas marca a experiência cotidiana de uma grande parte dos imigrantes no acesso ao trabalho, moradia, educação e condições ambientais adequadas, bem como as condições sanitárias e psicossociais. As dificuldades específicas de certos grupos de imigrantes (estatuto jurídico legal ou irregular, domínio da língua do país de acolhimento, analfabetismo, diferentes representações culturais da saúde, da doença e do corpo, informação deficitária ou insuficiente, entre outros) tornam particularmente vulnerável a saúde e bem-estar de determinados grupos de migrantes. As relações entre os processos migratórios e a saúde são atravessadas pela complexidade e multifatorialidade, em que se encontram e concorrem diferentes “sistemas culturais de saúde” que exigem respostas eficientes por parte dos profissionais e gestores dos sistemas oficiais de saúde⁸¹.

As sociedades multiculturais constituem um desafio aos direitos de cidadania, ao reconhecimento da alteridade e à integração de populações migrantes. As conclusões apontam para: a importância da compreensão das especificidades da população migrante, necessidade de aumento da sua qualidade de vida, promoção da equidade de acesso à saúde, nomeadamente no trabalho, luta contra as desigualdades, discriminação e preconceito, desenvolvimento das políticas públicas e oferta de serviços adaptados às novas demandas dos imigrantes. Os aspetos multidimensionais da saúde e qualidade de vida devem ser conjugados com políticas públicas eficazes.

Colaboradores

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

Referências

1. Barreto A, organizador. Globalização e migrações. Lisboa: ICS; 2005.
2. Castles S. Globalização, transnacionalismo e novos fluxos migratórios. Lisboa: Edições Fim de Século; 2005.
3. Ramos MC. Globalização, políticas sociais e multiculturalidade. In Rubim A, Ramos N, organizadores. Estudos da cultura no Brasil e em Portugal. Salvador: EDUFBA; 2008. p. 145-82.
4. Ramos MCP. Globalização e multiculturalismo. Rev Eletron Inter-Legere. 2013; 13:75-101.
5. Goldberg A, Martin D, Silveira C. Editorial. São Paulo: Rev Interfaces. 2015; 19(53):229-32.
6. Schwarcz LM. O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil 1870-1930. São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
7. Seyferth G. As identidades dos imigrantes e o melting pot nacional. Horiz Antropol. 2000; 6(14):143-76.
8. Seyferth G. Construindo a nação: hierarquias raciais e o papel do racismo na política de imigração e colonização. In: Maio MC, Santos RV. Raça, ciência e sociedade. Rio de Janeiro: Fiocruz, Centro Cultural Banco do Brasil; 1996.
9. Skidmore TE. Preto no branco: raça e nacionalidade no pensamento brasileiro. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1989.
10. Levy MSF. O papel da imigração internacional na evolução da população brasileira (1872 a 1972). Rev Saude Publica. 1974; 8Supl:49-90.
11. Ramos JS, Maio MC. Entre riqueza natural, a pobreza humana e os imperativos da civilização, inventa-se a investigação do povo brasileiro. In: Maio MC, Santos RV, organizadores. Raça como questão. História, ciência e identidades no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 38.
12. Chalhoub S. The politics of disease control: yellow fever and race in nineteenth century. J Lat Am Stud. 1993; 25(3):441-63.
13. Maio MC. Raça, doença e saúde pública no Brasil: um debate sobre o pensamento higienista do século XIX. In: Maio MC, Santos RV, organizadores. Raça como questão. História, ciência e identidades no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 38.
14. Priori A, Ipólito VK. DOPS, a cidade de Rolândia (PR) e a repressão aos imigrantes de origem alemã (1942-1945). Varia Hist. 2015; 31(56):547-80.
15. Seyferth G. A assimilação dos imigrantes como questão nacional. Mana. 1997; 3(1):95-131.
16. Mota A, Marinho MGSMC, Silveira C, organizadores. Saúde e história de migrantes e imigrantes. Direitos, instituições e circularidades. São Paulo: USP, Faculdade de Medicina, UFABC, Universidade Federal do ABC, Casa de Soluções e Editora; 2014.
17. Margolis M. Little Brazil: imigrantes brasileiros em Nova York. Campinas: Papirus; 1994.
18. Patarra NL. Migrações internacionais de e para o Brasil contemporâneo: volumes, fluxos, significados e políticas. São Paulo Perspect. 2005; 19(3):23-33.

19. Margolis M. Na virada do milênio a imigração brasileira para os Estados Unidos. In: Martes ACB, Fleischer S, organizadoras. *Fronteiras cruzadas: etnicidade, gênero e redes*. São Paulo: Paz e Terra; 2003. p. 51-72.
20. Martes ACB. *Brasileiros nos Estados Unidos - um estudo sobre imigrantes em Massachusetts*. São Paulo: Paz e Terra; 1999.
21. Martes ACB. Raça e etnicidade - opções e constrangimentos. In: Martes ACB, Fleischer S, organizadoras. *Fronteiras cruzadas: etnicidade, gênero e redes*. São Paulo: Paz e Terra; 2003. p. 73-98.
22. Reis R, Sales T, organizadores. *Cenas de um Brasil migrante*. São Paulo: Boitempo; 1999.
23. Ribeiro GL. O que faz o Brasil, Brazil: jogos identitários em São Francisco. In: *Cenas do Brasil migrante*. São Paulo: Boitempo; 1999. p. 45-85.
24. Ramos MP. Le Portugal, de l'émigration à l'immigration. *Rev Santé Soc Solidarité*. 2005; 4(1):203-15.
25. Ramos MCP. Imigração, desenvolvimento e competitividade em Portugal. *Econ Sociol*. 2007; 84:71-108.
26. Franken I, Coutinho MP, Ramos N. Migração e qualidade de vida, o pensamento social de brasileiros migrantes. In: Krutzen EC, Vieira SB, organizadores. *Psicologia Social, Clínica e Saúde Mental*. João Pessoa: EDUFPB; 2007. p. 160-79.
27. Franken I, Coutinho MP, Ramos N. Migração, qualidade de vida e saúde mental: um estudo com brasileiros migrantes. In: Ramos N, organizador. *Saúde, migração e interculturalidade*. João Pessoa: EDUFPB; 2008. p. 177-211.
28. Franken I, Coutinho MP, Ramos N. Migração e qualidade de vida: um estudo psicossocial com brasileiros migrantes. *Estud Psicol*. 2009; 26(4):419-27.
29. Torresan A. A middle class besieged: Brazilians' motives to migrate. *J Lat Am Caribb Anthropol*. 2012; 17(1):110-30.
30. Reis L, Ramos N. Imigrantes brasileiros em Lisboa e utilização dos serviços de saúde. In: Padilha B, Rodrigues E, Masanet E, Fernandes G, Gomes MS, França T. *Novas e Velhas Configurações da Imigração brasileira na Europa*. Livro de Atas - 2º Seminário de Estudos sobre a Imigração Brasileira na Europa. Lisboa: CIES, IUL, 2012; p. 105-11.
31. Reis L, Ramos N. Migração e saúde de brasileiros residentes em Lisboa. *Ambivalências*. 2013; 1(2): 29-53.
32. Instituto Nacional de Estatística (PT). *Destaque - a população estrangeira em Portugal - 2011*. Lisboa: INE; 2012.
33. Ramos N. Migrações, tráfico de pessoas e trabalho doméstico. *Rev Polit Publicas*. 2014; 18(2):425-38.
34. Fernandes D, Nunan C, Carvalho M. O fenómeno da migração internacional de retorno como consequência da crise mundial. *Rev Estud Demogr*. 2011; 49:69-98.
35. Cavalcanti L. Imigração e mercado de trabalho no Brasil. Características e tendências. In: Cavalcanti L, Oliveira AT, Tonhati T, organizadores. *A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro*. Brasília: Cadernos do Observatório das Migrações Internacionais; 2015. p. 11-22.
36. Ferreira AP, Vainer C, Póvoa Neto H, Santos MO. *A experiência migrante: entre deslocamentos e reconstruções*. Rio de Janeiro: Faperj, Garamond; 2010.
37. Silva AS, organizador. *Migrações na Pan-Amazônia. Fluxo, fronteiras e processos socioculturais*. São Paulo: Hucitec; Manaus: Fapeam; 2012.

38. Zanini MC, Póvoa Neto H, Santos M, organizadores. Migrações internacionais: valores, capitais e práticas em deslocamento. Santa Maria: UFSM; 2013.
39. Cavalcanti L, Oliveira AT, Tonhati T, organizadores. A inserção dos imigrantes no mercado de trabalho brasileiro. Relatório Anual 2015. Brasília, DF: Observatório das Migrações Internacionais, Ministério do Trabalho e Previdência Social, Conselho Nacional de Imigração e Coordenação Geral de Imigração; 2015.
40. Schiller NG, Çağlar A. Introduction: migrants and cities. In: Schiller NG, Çağlar A, editores. Locating migration. New York: Cornell University Press; 2011. p. 1-22.
41. Paquot T. Qu'est-ce qu'un territoire ? *Vie Soc.* 2011; 2(2):23-32.
42. Goldberg A, Silveira C. Desigualdad social, condiciones de acceso a la salud pública y procesos de atención en inmigrantes bolivianos de Buenos Aires y São Paulo: una indagación comparativa. *Saude Soc [Internet]*. 2013 [citado 21 Ago 2015]; 22(2):283-97.
43. Melo RA, Campinas LLSL. Multiculturalidade e morbidade referida por imigrantes bolivianos na Estratégia Saúde da Família. *O Mundo da Saúde*. 2010; 34(1):25-35.
44. Ramos N. Saúde, migração e interculturalidade. João Pessoa: EDUFBA; 2008.
45. Ramos N. Saúde, migração e direitos humanos. *Mudanças Psicol Saude*. 2009; 17(1):1-11.
46. Ramos N. Psicologia clínica e da saúde. Lisboa: Universidade Aberta; 2004.
47. Ramos N. Comunicação em saúde e interculturalidade: perspectivas teóricas, metodológicas e práticas. *RECIIS - Rev Eletron Comum Inov Saude*. 2012; 6(4):1-19.
48. Martes ACB, Faleiros SM. Acesso dos imigrantes bolivianos aos serviços públicos de saúde na cidade de São Paulo. *Saude Soc*. 2013; 22(2):351-64.
49. Véran J-F, Noal DS, Fainstat T. Nem refugiados, nem migrantes: a chegada dos haitianos à cidade de Tabatinga (Amazonas). *Dados*. 2014; 57(4):1007-41.
50. Fernandes D, Castro MCG. Projeto de estudos sobre imigração haitiana no Brasil, diálogo bi-lateral - relatório de pesquisa [Internet]. Puc Minas; 2014 [citado 19 Jul 2015]. Disponível em: obs.org.br/cooperacao/download/34_7a099729afe2d4aaf109503e6daf3908.
51. Sayad A. Imigração ou os paradoxos da alteridade. São Paulo: Edusp; 1998.
52. Fassin D. Et la souffrance devint sociale. De l'anthropologie médicale à une anthropologie des afflictions. *Critique*. 2004; 1(680-681):16-29.
53. Furtos J. Précarité du monde et souffrance psychique. *Rhizome*. 2001; 5:3-5.
54. Jacques P. Souffrance psychique et souffrance sociale. *Pensée Plurielle*. 2004; 2(8):21-9.
55. Kaës R. Souffrance psychique et violence de civilisation. *Rhizome*. 2001; 5:1-2.
56. Ramos MCP. Mobilidades qualificadas e empreendedoras no contexto dos movimentos migratórios contemporâneos e da crise econômica. *Ambivalencias*. 2013; 1(2):73-99.
57. Fracalossi C, Ramos MC. Mobilidade internacional e desenvolvimento da carreira de jovens migrantes portugueses qualificados no Brasil. *Tomo*. 2015; 26:11-35.
58. Ramos MCP, Patrício O. Riscos laborais de homens e mulheres migrantes e segurança no trabalho. In: Silva IC, Pignatelli M, Viegas SM, coordenador. Livro de Atas do 1º Congresso da Associação Internacional de Ciências Sociais e Humanas em Língua Portuguesa. Lisboa: CONLAB, FCSH-UL; 2015. p. 2948-55.
59. Bäckström B, Carvalho A, Inglês U. Imigração e saúde - o gabinete de saúde do CNAI enquanto observatório para o estudo das condições de acesso dos imigrantes aos serviços de saúde. *Migrações*. 2009; 4:161-89.

60. Solé-Auró A, Crimmins E. Health of immigrants in European countries. *Int Migr Rev.* 2008; 41(4):861-76.
61. Scheppers E, Van Dongen E, Dekker J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. *Family Pract.* 2006; 23(3):325-48.
62. Huijts T, Kraaykamp G. Immigrants' health in Europe: a cross-classified multilevel approach to examine origin country, destination country, and community effects. *Int Migr Rev.* 2012; 46(1):101-37.
63. Mirdal GM. Stress, distress in migration: twenty years after. *Int Migr Rev.* 2006; 40(2):375-89.
64. Challinor EP. Cidadania médica, culturas e poder nos cuidados perinatais e pediátricos de imigrantes. *Saude Soc.* 2012; 21(1):76-88.
65. Clarkson M. La santé des immigrants récents au Québec: une intégration à adapter et à parfaire. *Santé Soc Solidarité.* 2005; 4(1):121-8.
66. Eurofound. Employment and working conditions of migrant workers. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; 2007.
67. Eamranond P, Hu H. Environmental exposures in immigrant health. *Environ Health Insights.* 2008; 1:45-50.
68. Santos BS. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Rev Crit Cienc Soc.* 1997; 48:11-32.
69. Ramos MP. Immigration, droits de l'homme et construction européenne. *Dialogos.* 2002; 5:23-6.
70. OIT. Trabalhadoras e trabalhadores migrantes: alcançar a igualdade de direitos e oportunidades. Lisboa: OIT, Trabalho digno para todos; 2008.
71. Taran P, Ivakhnyuk I, Ramos MCP, Tanner A. Economic migration, social cohesion and development: an integrated approach. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2009.
72. Tarrus A. Au-dela des États-nations: des sociétés de migrants. *Rev Eur Migr Int.* 2001; 17(2):37-61.
73. Tarrus A. Le lien social fort comme préalable à la réussite économique. *J Anthropol [Internet].* 2001; 84 [citado 01 Jan 2002]. Disponível em: <http://jda.revues.org/2592>.
74. Basch L, Schiller NG, Blanc CS. Nations unbound: transnational projects, postcolonial predicaments and the deterritorialized nation-state. New York: Gordon and Breach; 1994. p. 48.
75. Ramos M, Teixeira A, Pereira M, Gonçalves M. Multiple citizenship. case-studies among individual citizens in Portugal. In: Pitkanen P, Kalekin-Fishman D, editors. Multiple state membership and citizenship in the era of transnational migration. Rotterdam: Sense Publishers; 2007. p. 41-65.
76. Ramos N. Migrações e alteridade: desafios para a saúde colectiva. In: Teixeira L, Rodrigues S, organizadores. *Psicanálise, saberes e práticas em saúde.* Curitiba: Ed. PR, CRV; 2015. p. 271-300.
77. Commission on Social Determinants of Health. Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. Geneva: WHO; 2005.
78. Castañeda H, Holmes SM, Madrigal DS, Young MET, Beyeler N, Quesada J. Immigration as a social determinant of health. *Annu Rev Public Health.* 2015; 36:375-92.
79. Padilla B. Saúde dos imigrantes: multidimensionalidade, desigualdades e acessibilidade em Portugal. *REMHU - Rev Interdiscip Mobil Hum.* 2013; 21(40):49-68.

80. Carballo M, Divino JJ, Zeric D. Migration and health in the European Union. *Trop Med Int Health*. 1998; 3(12):936-44. doi:10.1046/j.1365-3156.1998.00337.x.
81. Langdon EJ, Wiik FB. Anthropology, health and illness: an introduction to the concept of culture applied to the health sciences. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(3):459-66.

Granada D, Carreno I, Ramos N, Ramos MCP. Discutir sobre salud e inmigración en el contexto actual de intensa movilidad humana. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):285-96.

Este artículo aborda las relaciones entre inmigración y salud en Brasil, partiendo de un abordaje histórico que busca la contextualización del debate en el país desde el siglo XIX hasta los días actuales. La problematización de esas relaciones subraya los desafíos de las políticas sociales de acogida e integración de los inmigrantes en el mundo globalizado. Por medio de la revisión bibliográfica sobre inmigración y salud en el contexto brasileño e internacional, buscamos prioridades que se imponen a la salud colectiva frente a la intensa movilidad humana actual. Las desigualdades socio-económicas marcan la experiencia por parte de los inmigrantes, exponiendo a esas poblaciones a una mayor vulnerabilidad, enfermedad y menor calidad de vida. Señalamos la necesaria promoción de la equidad de acceso a la salud, prevención contra la discriminación, ampliación de las políticas públicas, formación de los profesionales y oferta de servicios adaptados, abordando la temática de las migraciones como factor determinante social de salud.

Palabras-clave: Inmigración. Salud colectiva. Atención básica de salud. Calidad de vida. Políticas públicas.

Submetido em 1º/07/2016. Aprovado em 03/11/2016.

A saúde mental dos refugiados:

um olhar sobre estudos qualitativos

Vivian Fadlo Galina^(a)
 Tatiane Barbosa Bispo da Silva^(b)
 Marcelo Haydu^(c)
 Denise Martin^(d)

Galina VF, Silva TBB, Haydu M, Martin D. Literature review on qualitative studies regarding the mental health of refugees. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):297-308.

The experience of seeking refugee status may lead to mental disorders for some people. This literature review and analysis is about the mental health of refugees. Peer reviewed papers were researched on the online database, Social Science Citation Index® on Web of Science™. We found 35 qualitative studies published from January 1993 to January 2016. Analysis focused on the mental health of adult refugees, the mental health of child and adolescent refugees and health care of refugees. There has been an increase in publications in this area. The themes include: cultural diversity, the effects of family and network support, the practitioners' work caring for refugees, the presence or not of mental illness, and interventions and commitment regarding human rights.

Keywords: Refugees. Mental health. Literature review. Qualitative research.

As experiências que levam pessoas a solicitarem refúgio envolvem fatores com potencial de desencadear desordens mentais. O objetivo desta revisão de literatura é apresentar o estado da arte sobre a saúde mental dos refugiados. O levantamento dos artigos foi realizado na coleção Social Science Citation Index® na Web of Science™. Foram identificados 35 estudos qualitativos em periódicos internacionais de 1993 a janeiro de 2016. A análise focou na saúde mental de refugiados adultos, na saúde mental de refugiados na infância e adolescência, e nos cuidados em saúde de refugiados. Houve um aumento desta produção nos últimos anos, e os estudos evidenciaram temas como: a diversidade cultural, a importância da família e das redes de apoio, a atuação dos profissionais envolvidos com estes grupos, a presença ou não de doença mental, as intervenções e o comprometimento com os direitos humanos.

Palavras-chave: Refugiados. Saúde mental. Revisão de literatura. Pesquisa qualitativa.

^(a) Curso de Psicologia, Universidade Católica de Santos. Avenida Conselheiro Nébias, 300, sala 106. Santos, SP, Brasil. 11015-003. vivianfgalina@gmail.com

^(b) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil. tatianebbbs@gmail.com

^(c) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). São Paulo, SP, Brasil. marcelo.haydu@adus.org.br

^(d) Cátedra Sergio Vieira de Mello, Universidade Católica de Santos. Santos, SP, Brasil. demartin@unisantos.br

Introdução

Esta revisão bibliográfica tem por objetivo apresentar o estado da arte sobre a saúde mental dos refugiados, identificando temas mais frequentes e destacando alguns tópicos relevantes para a sua compreensão. Pretende-se contribuir para o debate sobre os desafios da saúde mental das pessoas em condição de refúgio.

O crescimento exponencial de migrantes forçados em todo o mundo se justifica pelas crescentes ocorrências catastróficas no aspecto humanitário, como: crises, conflitos políticos e sociais, guerras e desastres naturais. Em 2015, migrações forçadas alcançaram 65,3 milhões de pessoas no final do ano. O Brasil também vem sendo impactado por esse novo fluxo migratório internacional¹.

Segundo dados do CONARE (Conselho Nacional de Refugiados, 2016), o Brasil possui, atualmente (junho de 2016), 8.863 refugiados reconhecidos, de 79 nacionalidades distintas (28,2% deles são mulheres) – incluindo refugiados reassentados. Os principais grupos são compostos por nacionais: da Síria (2.298), Angola (1.420), Colômbia (1.100), República Democrática do Congo (968) e Palestina (376).

O Brasil é signatário dos principais tratados internacionais de direitos humanos e é parte da Convenção das Nações Unidas de 1951 sobre o Estatuto dos Refugiados e do seu Protocolo de 1967². O país promulgou a sua lei de refúgio (nº 9.474/97) adotando a definição ampliada de refugiado estabelecida na Declaração de Cartagena de 1984, que considera a “violação generalizada de direitos humanos” como uma das causas de reconhecimento da condição de refugiado².

As experiências que levam pessoas de diversas nacionalidades a solicitarem refúgio, abandonando seus países de origem, geralmente envolvem fatores com potencial de desencadear desordens mentais, como: Depressão e Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT), entre outros distúrbios^{3,4}. Violências diversas, tortura, massacres, morte de parentes e amigos são circunstâncias traumáticas às quais muitos refugiados são expostos. Fome e perdas de bens também são frequentes nessa população, além do choque sociocultural no país de refúgio⁵.

Segundo Martins-Borges⁵, pelo caráter involuntário e repentino de seu deslocamento, os refugiados transportam consigo muito pouco do que até então caracterizava sua identidade; e essas partidas são frequentemente relacionadas a um sofrimento psicológico ligado ao traumatismo ao qual foram submetidos no período pré-migratório e migratório.

No Brasil, há poucos estudos sobre a saúde em geral e, também, sobre a saúde mental dos refugiados. A maioria das pesquisas foi publicada em periódicos internacionais. No contexto nacional, sobre a saúde mental dos refugiados, destacam-se o trabalho de Martins-Borges e Pocreau⁶ apresentando o Serviço de Atendimento Psicológico Especializado aos Imigrantes e Refugiados cujas atividades acontecem no Departamento de Psicologia da Universidade Laval (Québec, Canadá); e o estudo de Martins-Borges⁵, abordando a migração involuntária como fator de risco à saúde mental. Santana e Lotufo Neto⁷ realizaram uma investigação sobre a saúde mental dos refugiados em São Paulo, resultando na implantação de um programa de atendimento nas esferas preventiva e terapêutica.

De acordo com Miller e Rasco⁸, psicólogos, psiquiatras, e outros profissionais de saúde mental começaram a reconhecer e documentar altos níveis de estresse psicológico experimentados por refugiados e pessoas deslocadas ao redor do mundo. Vários autores vêm estudando as consequências da situação de refúgio na saúde mental de distintas populações, evidenciando associações entre traumas no processo migratório e condições de vulnerabilidade e transtornos mentais^{3,4,9}.

Este quadro configura o interesse dessa temática no campo da Saúde Coletiva e da Psicologia, e o comprometimento destas áreas do conhecimento com os Direitos Humanos.

Método

A revisão da literatura internacional sobre o tema da saúde mental dos refugiados buscou apurar o estado da arte da produção científica no período entre Janeiro de 1993 e Janeiro de 2016. O levantamento dos dados bibliográficos foi realizado entre os meses de Novembro de 2014 a Janeiro de 2016, por meio do Portal de Periódicos CAPES (www.periodicos.capes.gov.br/).

Na base de dados Web of Science™, foi selecionada a coleção Social Science Citation Index®. A escolha justifica-se por esta coleção abranger dados essenciais de três mil das principais revistas de Ciências Sociais do mundo, envolvendo cinquenta disciplinas, incluindo: Antropologia, Sociologia e Psicologia. Foram realizadas buscas de publicações, no idioma inglês, com o termo “refugees” combinado com os descritores “mental health”; “mental disorder”; “trauma”; “depression”; “PTSD”; “posttraumatic stress disorder” e “psychological”.

A seleção baseou-se nos seguintes critérios: artigos originais, revisados por pares, disponíveis no idioma inglês, publicados em periódicos indexados na coleção Social Science Citation Index®, que relatam estudos qualitativos cujo tema central fosse saúde mental dos refugiados. Foi utilizado um filtro para buscar somente artigos que apresentassem estes termos contidos nos respectivos títulos, a fim de se rastrear as publicações mais relevantes e com enfoque no tema. A pretensão inicial deste trabalho era abranger artigos datando entre Janeiro de 2000 e Janeiro de 2016, porém, devido à baixa quantidade de publicações anteriores ao ano 2000, os autores decidiram buscar e incluir todos os estudos publicados anteriormente de acordo com os critérios já mencionados, sendo que o trabalho mais antigo data de 1993. Optou-se por considerar apenas os estudos qualitativos e os de multimétodos que envolvessem uma parte qualitativa. Foram excluídas repetições, estudos quantitativos, resenhas, artigos de revisão, editoriais e livros. Resultaram 27 publicações válidas, excluindo-se as repetições. A busca por artigos nacionais, realizada por meio da base de dados Scielo, não resultou em publicações que preenchessem os critérios deste estudo. Ao longo do desenvolvimento desta revisão, novas publicações surgiram e foram sendo incorporadas por preencherem todos os critérios descritos. Dessa forma, foram analisados 35 estudos, publicados na língua inglesa em periódicos internacionais, no período de 1993 a janeiro de 2016.

Resultados

Os artigos foram analisados em grandes grupos de temas de acordo com sua frequência e relevância relacionado aos objetivos do estudo, resultando em três categorias: 1- artigos sobre saúde mental de refugiados adultos (34,3%), 2- artigos sobre saúde mental de refugiados na infância e adolescência (22,85%), e 3- artigos sobre cuidados em saúde de refugiados (45,7%). Vale ressaltar que alguns artigos preenchem os critérios de mais de um foco para fins de categorização e, por isso, foram incluídos em mais de uma categoria. Alguns temas, embora importantes, foram pouco presentes, e, por esta razão, não foram tratados especificamente. Somente um estudo tratou de métodos de pesquisa com refugiados no campo da saúde mental¹⁰, discutindo as questões éticas sobre a utilização de narrativas com pessoas que sofreram traumas.

Com relação aos locais onde as pesquisas foram empreendidas, dispostos no Gráfico 1, há uma variedade de países, com destaque para a Austrália, com 22,85% dos artigos encontrados, e EUA, com 20% destes. Dinamarca, Reino Unido e Canadá apresentam números mais baixos, porém não menos expressivos. Outros estudos foram realizados por Universidades desses e de outros países, porém foram desenvolvidos nos países de origem das populações de refugiados a serem investigadas, tais como: Egito, Líbano e Coreia do Sul.

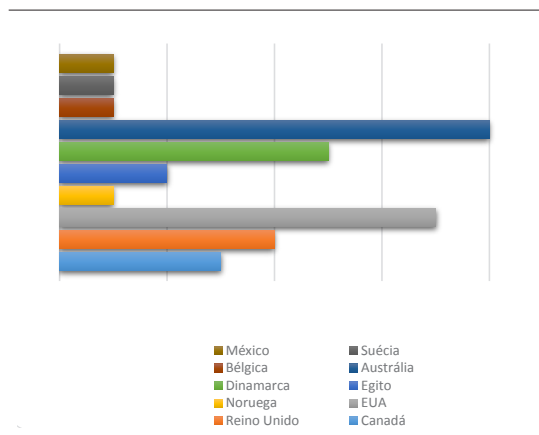


Gráfico 1. Locais onde as pesquisas foram realizadas.

Ao se analisar a distribuição dos artigos selecionados por ano de publicação – demonstrada no Gráfico 2 –, do período que vai de 1993 a 2016, verificou-se que até 2008 as publicações foram pouco expressivas. A partir de 2009, no entanto, houve um crescente aumento nas publicações, com destaque para o ano de 2013 até o pico observado em 2015, com 20% dos estudos encontrados nesta revisão. Parte significativa dos artigos publicados em 2015 foi empreendida na Austrália. Foi identificado apenas um estudo de 2016 por conta do período de desenvolvimento desta revisão – início de 2016.

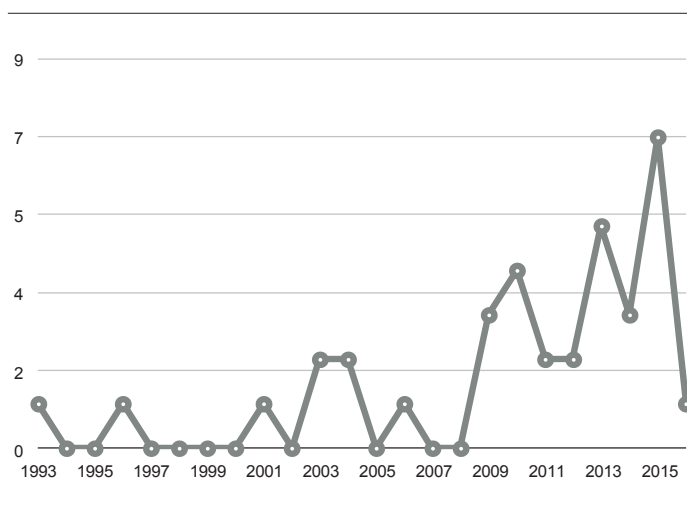


Gráfico 2. Distribuição das publicações por ano

No que se refere às metodologias empregadas, a maior parte dos estudos utiliza, exclusivamente, o método qualitativo (68,6%), sendo o restante das pesquisas realizadas com métodos mistos (multimétodos) – os quais envolvem também o método qualitativo.

Quanto às populações estudadas, constatou-se uma ampla gama de origens dos refugiados. Alguns estudos abordaram refugiados de um único país ou região, como os oriundos da Bósnia e Somália. A maioria das pesquisas trabalhou com refugiados de países e regiões diversificadas ou não especificadas.

A complexidade da condição de refúgio para a saúde mental das pessoas que passam por esta experiência ficou evidente na análise dos artigos. Apresentaremos os principais problemas apontados de acordo com as categorias analíticas.

Saúde mental de refugiados adultos

Um tema importante é o contexto da imigração. Nesta categoria, observou-se que, enquanto alguns estudos buscam apurar a relação entre desafios pré-migração e desafios pós-migração¹¹⁻¹⁶, outros focam exclusivamente nos desafios pós-migração¹⁷⁻²⁰, ou seja, nas dificuldades encontradas pelos refugiados no exílio.

Os artigos que abordam ambos os tipos de desafios tendem a demonstrar as relações entre os traumas vividos nos países de origem e os obstáculos enfrentados nos países de refúgio. A análise deixou evidente a influência que os desafios pós-migração exercem sobre a saúde mental dos refugiados. Fragilizados pelo temor de perseguição ou real perseguição – própria ou de suas famílias – nos países de origem, encontram, na maior parte das vezes, um ambiente hostil e inadequado nos países de refúgio.

Os artigos que tratam dos desafios pós-refúgio, por sua vez, mostram um cenário dos problemas dos países que acolhem refugiados: sistemas de saúde falhos ou inacessíveis, discriminação, falta de alimentos e água, falta de informação referente a seus direitos e deveres, idioma desconhecido ou não dominado, diferenças culturais, mobilidade geográfica, separação da família, pressão para enviar dinheiro para casa. Esses e outros fatores compõem uma série de obstáculos a serem transpostos por refugiados em todo o mundo após a migração para outro país. Na maioria das vezes, somam-se a eles as experiências traumáticas pré-refúgio, o que coloca esses indivíduos em uma posição de extrema vulnerabilidade social e suscetibilidade a problemas de saúde mental.

Todos os artigos abordaram os relacionamentos interpessoais como fator determinante para a saúde mental dos refugiados. Nesse âmbito, algumas publicações citaram as questões familiares e outras as trataram especificamente^{15,16,19}, com seus desafios implícitos e suas implicações.

Outros artigos discutiram a influência das interações sociais na adaptação cultural^{17,18}. Destacam que o apoio social e a construção de relações recíprocas contribuem para a adaptação cultural e integração de refugiados, no caso da sociedade norte-americana. Além disso, mediam o aumento da qualidade de vida ao longo do tempo e a diminuição do sofrimento psíquico. Por outro lado, a discriminação racial, vista como fator negativo para a saúde mental, é superada pelo alívio da segurança física no contexto pós-refúgio^{17,18}.

O apoio social pode ser um forte mediador das relações entre experiências traumáticas e consequências psicológicas. Demonstrou-se que traumas coletivos não tiveram impacto significativo na saúde mental dos refugiados, enquanto traumas pessoais guardavam íntima relação com sintomas de depressão e TEPT, sustentada por interações sociais sem apoio¹⁴. A compreensão do trauma de uma perspectiva compartilhada pode ser um fator de proteção contra o estresse psicológico.

No que tange à influência das interações sociais no desenvolvimento de transtornos mentais, o isolamento é um fator que pode promover experiências alucinógenas, que complicam casos de Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT)²¹. Além disso, afirma-se que a violência interpessoal mantém estreita relação com sintomas de depressão e TEPT¹².

Sob a ótica das relações familiares, a separação da família e a mudança de papéis, assim como a preocupação com os parentes que ficaram no país de origem, são os mais frequentes fatores de estresse pós-migração. Em muitos casos, a pressão para enviar dinheiro para casa é também um fator estressante^{11,15,16,19}.

O enfoque com relação à saúde mental dos refugiados pode ocorrer a partir de uma perspectiva de bem-estar ou de doença mental.

Alguns artigos selecionados abordam a questão da saúde mental sob uma visão de bem-estar, buscando apresentar desafios e possíveis soluções para o problema do bem-estar psicológico dos refugiados¹⁷⁻²⁰. Esses não tratam sobre transtornos mentais gerados por traumas dos refugiados nem correlacionam experiências com quadros patológicos. Apenas pontuam fatores que dificultam ou facilitam o bem-estar dessa população, fornecendo material sobre experiências estressantes e estratégias de enfrentamento.

As demais publicações tratam a saúde mental dos refugiados a partir de uma visão clínica¹¹⁻¹⁶. Apresentam dados sobre traumas e suas consequências, como o desenvolvimento de transtornos mentais, sendo os mais comuns o TEPT e a depressão. Apresentam um panorama da relação entre experiências traumáticas e desequilíbrios mentais decorrentes que englobam as seguintes consequências: de moderado a grave sofrimento psíquico e emocional, estresse psicológico e emocional, desenvolvimento de TEPT e/ou Transtorno Depressivo com sintomas de ansiedade e/ou sintomas psicóticos associados.

A maioria dos artigos apresenta propostas de intervenção social em favor dos refugiados, como projetos ou ações que visam garantir direitos e melhores condições de vida. Nesse sentido, muitos estudos abordam também as possíveis estratégias de enfrentamento por parte dos refugiados^{17,18}.

Melhorar a saúde mental dos refugiados, assim como promover oportunidades de apoio social parecem ser as principais formas de intervir em favor dessa população. Além disso, observou-se a importância de se atentar às questões de mobilidade geográfica dos refugiados dentro do país de exílio, porquanto movimentos frequentes podem ser prejudiciais para a sua adaptação e saúde mental²⁰.

Saúde mental de refugiados na infância e adolescência

Alguns estudos, cuja população é formada por crianças e adolescentes, tratam a questão da saúde mental verificando a presença de traumas e transtornos²²⁻²⁵, enquanto outros²⁶⁻²⁸ apontam para aspectos relacionados ao bem-estar psicológico, sem enfoque em patologias.

O tema das estratégias de enfrentamento enfatiza os recursos disponíveis para os jovens fazerem frente aos múltiplos desafios da condição de refúgio. Sinais e sintomas de estresse dos jovens refugiados correspondem com diagnósticos ocidentais de Depressão, Ansiedade e Transtornos de Conduta²⁴.

É importante tomar cuidado ao encaixar os problemas de jovens refugiados em categorias biomédicas. O trauma se relaciona com outros elementos da história de vida, da personalidade e dos projetos pessoais. A vida desses jovens é um *continuum* que inclui o trauma e que não pode ser resumida por ele, bem como por um diagnóstico feito em dado momento de forma transversal²⁸.

Temas psicológicos comuns também foram abordados, tais como: evitação, desconfiança, solidão, sentimentos de perda e medo²⁷.

Por outro lado, o estresse psicológico não é necessariamente associado a traumas, pois existem estratégias coletivas de enfrentamento envolvendo toda a comunidade – e também a tenra idade com que essa população migrou para o campo de refugiados sinaliza que muitos não tiveram fortes experiências pré-migração²³.

Alguns estudos relacionaram a saúde mental de crianças e adolescentes refugiados com fatores de cunho familiar, bem como de apoio da comunidade^{23,26}. Famílias mais organizadas contribuem com a prevenção da depressão em jovens refugiados²⁵.

A falta de recursos financeiros e culturais dos familiares de crianças e adolescentes refugiados os deixam relativamente desamparados acadêmica e socialmente, o que resulta em situações

^(e) O termo cultura foi tratado nos estudos, de maneira geral, no sentido genérico, como: conhecimentos adquiridos, associação com comportamentos diferentes do país de exílio ou identificação com nacionalidade. Um estudo específico poderia abordar a plasticidade com que o termo é utilizado, todavia, fugiria aos nossos objetivos.

psicossocialmente estressantes^{24,28}. No tocante à cultura(e), há também barreiras para crianças e jovens refugiados²⁹. A discriminação no país de exílio está relacionada com pior saúde mental²². A cultura pode ser um fator que muitas vezes impede os adolescentes de procurarem ajuda para seus problemas psicossociais, por dificuldades em se expor, diferenças culturais e barreiras relacionadas ao serviço³⁰.

Há também diferenças na saúde mental em crianças que vivem reassentadas permanentemente em um país de exílio *versus* crianças que vivem em campos de refugiados. Os recursos existentes são bastante distintos. Outra diferença importante trata de crianças com um passado construído no país de origem *versus* crianças nascidas e crescidas no país de exílio ou em campos de refugiados (segunda geração). Tal distinção pede atenção a questões relacionadas a perdas experimentadas e adaptação cultural²³.

Cuidados em saúde mental de refugiados

Os estudos mostraram que o cuidado é influenciado pelo prévio preparo dos profissionais de saúde para lidarem com questões específicas aos refugiados, tais como: a diversidade cultural, crenças, costumes e a compreensão dos significados do processo saúde/doença/cuidado.

Os artigos demonstram a imprescindibilidade de treinamento especializado para essas equipes, como meio estratégico facilitador da percepção das necessidades e direitos dos refugiados; além do desenvolvimento e implementação de uma educação voltada aos profissionais que trabalham com esta temática, e a formulação de uma clara e consistente política para integração de refugiados. A avaliação dessas necessidades de saúde precisa ser compreensiva, incluindo experiências pré e pós-refúgio e dimensões cultural e familiar da situação atual³¹⁻³⁷.

Cabe ressaltar a importância dada ao olhar integral na assistência aos refugiados, por meio da garantia de acesso aos serviços de saúde por intermédio de uma rede de apoio que trabalhe de modo intersetorial, somando esforços entre agentes públicos de saúde, educação e serviço social, com vistas ao fortalecimento do vínculo paciente/equipe de saúde e ao estabelecimento de laços de confiança nas relações de cuidado^{30,38}.

Alguns estudos evidenciam, ainda, que as particularidades da condição social dos refugiados em geral dificultam a experiência do cuidado^{24,38,39}. Os problemas socioeconômicos vivenciados por essas pessoas influenciam de modo negativo na saúde mental.

Com relação ao gênero, as barreiras estruturais e o status de imigração inseguro combinado com a dependência econômica e financeira podem deixar as mulheres vulneráveis e em desvantagem para proteger a si mesmas. Fatores culturais, sociais, políticos, históricos e econômicos interagem com etnia, gênero e classe para influenciar a forma como as mulheres imigrantes e refugiadas buscam por assistência à saúde⁴⁰.

Foi possível observar que as barreiras impostas pela linguagem na evolução do cuidado revelam a falta de estrutura nos serviços de saúde. O contato inicial entre profissionais de saúde e pacientes é prejudicado pela ausência de intérpretes e tradutores que possam articular o compartilhamento das singularidades dos diferentes grupos de refugiados e a compreensão de seus sofrimentos e dificuldades específicos^{13,21,31,33}.

Por outro lado, os resultados de alguns estudos sugerem que a desconfiança, por parte dos refugiados, sobre os serviços de saúde dos países de refúgio e o estranhamento de algumas terapias culturalmente diferenciadas constituem fator de bloqueio ao progresso do cuidado^{41,42}. Esta revisão aponta a necessidade de que seja estabelecida uma discussão e aberto o diálogo entre serviços e membros da comunidade, para garantir que as respostas à saúde sejam sensíveis à diversidade cultural, necessidades e crenças dos refugiados sobre saúde.

Discussão

O sofrimento associado à condição de refúgio, seja pelas condições pré e pós migratórias, é evidente, podendo trazer consequências mais ou menos graves para a saúde mental destas pessoas. Os estudos evidenciaram as diferentes necessidades de pessoas na situação de refúgio, dando ênfase a alguns aspectos desta complexa situação. Alguns pontos devem ser ressaltados:

- 1 A diversidade cultural como um desafio a ser transposto no país de exílio: a linguagem, a religião, as estruturas de parentesco, até a discriminação racial;
- 2 A importância da família e das redes de apoio na saúde mental;
- 3 Os desafios impostos aos profissionais envolvidos no cuidado de pessoas em situação de refúgio, incluindo a interculturalidade;
- 4 A presença ou não de classificações de doença mental nestas populações;
- 5 As possíveis intervenções e seus resultados;
- 6 O comprometimento dos pesquisadores com a ética e os Direitos Humanos no contexto do refúgio.

Os estudos, pela variedade de locais onde foram produzidos, mostraram particularidades importantes que contribuem para entender situações específicas tratadas pelas questões colocadas.

A imigração coloca, necessariamente, a problemática da diferença e remete à complexidade das relações interculturais, como apontado em vários estudos.

No tocante à interculturalidade, Menéndez⁴³ faz uma importante crítica ao interculturalismo no México, que pode contribuir para pensar a problemática do refúgio no contexto do atendimento. Segundo este autor, nos processos de saúde, doença e cuidado, as desigualdades socioeconômicas e de poder não eram incluídas. Há diferenças entre os diferentes grupos em termos de religião, gênero, adesão política, escolaridade, poder ou grupos de idade, e os grupos étnicos funcionam simultaneamente em relações de solidariedade e cooperação assim como de conflito e violência. Assim, é preciso reconhecer as limitações de tratar os atores sociais como homogêneos e monolíticos.

Chamou-nos a atenção o fato de que alguns estudos priorizam uma associação com doença mental e outros buscam relativizar o sofrimento, sem tratá-lo, exclusivamente, no contexto de categorias diagnósticas ocidentais. Dois estudos tratam criticamente a utilização destas categorias em contextos socioculturais muito diferentes^{13,33}.

É importante aprofundar a questão sobre a patologização dos sofrimentos no contexto de refúgio e o processo de legitimação desta condição.

O sofrimento da situação de refúgio e suas necessidades específicas no contexto dos locais de exílio pode levar a uma interpretação destas pessoas de maneira estereotipada, reduzindo-as à condição de vítima⁴⁴. O refugiado passa a ser visto como um sujeito vulnerável, vitimizado e passivo⁴⁵, à mercê do apoio psicológico e psiquiátrico oferecido pela sociedade de acolhimento.

Há países, como é o caso da França, em que além dos documentos de identificação, certificados médicos (psiquiátricos e clínicos) podem ser inseridos como forma de atestar sequelas físicas e emocionais que se esperam das pessoas que migram de maneira forçada, como é o caso dos refugiados. Desse modo, como aponta Fassin⁴⁶, o corpo do indivíduo que solicita refúgio passa a ser instituído como o lugar final da "verdade" sobre ele. Esta observação é fundamental quando se trata de saúde e, mais especificamente, de saúde mental das pessoas em situação de refúgio.

No movimento de legitimação do sofrimento da pessoa em situação de refúgio pela via patológica, ao corpo enfermo se junta a mente enferma⁴⁷. A presença do trauma como fator tão relevante

no processo de reconhecimento de refúgio mostra-se, dessa forma, como fundamental para o entendimento da vitimização desse grupo de imigrantes, a qual passa a ser vinculada à ideia do sujeito patológico. Esta visão não significa ignorar que acontecimentos dolorosos pelos quais passaram os indivíduos em situação de refúgio possam se refletir de maneira violenta no corpo e na mente destes. Busca-se refletir a respeito da naturalização e generalização desse processo, bem como sobre o significado social que essa tendência pode ter, uma vez que é instrumentalizada⁴⁸. Assim, a leitura dos textos nos convida a ir além da associação com saúde mental, mostrando as relações sociais presentes.

Conclusão

A produção científica desta revisão mostrou parte da complexidade da saúde mental de pessoas em situação de refúgio. Falar sobre saúde mental dos refugiados, além do sofrimento evidente, é falar de suas necessidades específicas, das diferenças culturais, das desigualdades socioeconômicas e de poder, das políticas públicas dos países de exílio e, sobretudo, da possibilidade destes atores sociais como agentes de sua própria história. Consideramos uma lacuna importante, nesta área, o aprofundamento dos estudos sobre gênero e sobre populações específicas, como: lésbicas, gays (homossexuais masculinos), bissexuais, transgêneros, travestis e intersexuais (LGBTI). Ficou evidente a ausência de estudos desenvolvidos na América Latina e a ausência de publicações desta região. Tendo em vista a realidade do refúgio no Brasil – com o crescente número de refugiados reconhecidos – e a escassez de publicações nacionais relacionadas ao tema, o próprio estado da arte é um convite aos pesquisadores brasileiros.

Limitações do estudo

As categorias escolhidas revelam uma possibilidade de análise que, certamente, não aborda toda a diversidade presente nos estudos descritos, assim como o enfoque nos estudos qualitativos, dando menor ênfase aos estudos multimétodos.

Agradecimento

Agradecemos à Dra. Patricia Gorisch por ter alertado sobre a ausência de debate das questões relacionadas à população LGBTI entre os refugiados.

Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de produção do manuscrito.

Referências

1. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Global trends 2015 [Internet]. Geneva: UNHCR. 2015 [citado 21 Ago 2016]; 68. Disponível em: <https://s3.amazonaws.com/unhcrsharedmedia/2016/2016-06-20-global-trends/2016-06-14-Global-Trends-2015.pdf>.
2. Conselho Nacional de Refugiados (CONARE). Dados sobre refúgio no Brasil [Internet]. Brasília: CONARE; 2016 [citado 15 Nov 2016]. Disponível em: <http://www.acnur.org/portugues/recursos/estatisticas/dados-sobre-refugio-no-brasil/>.

3. Marshall GN, Schell TL, Elliott MN, Berthold SM, Chun CA. Mental health of cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA*. 2005; 294(5):571-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.294.5.571>.
4. Kolassa IT, Ertl V, Eckart C, Kolassa S, Onyut LP, Elbert T. Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychol Trauma*. 2010; 2(3):169-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/a0019362>.
5. Martins-Borges L. Migração involuntária como fator de risco à saúde mental. *REMHU*. 2013; 21(40):151-62.
6. Martins-Borges L, Poucreau J. Serviço de atendimento psicológico especializado aos imigrantes e refugiados: interface entre o social, a saúde e a clínica. *Estud Psicol (Campinas)*. 2012; 29(4):577-85.
7. Santana C, Lotufo Neto F. Psicodinâmica e cultura: a implantação de um programa de saúde mental para refugiados em São Paulo. In: Debiaggi S, Paiva G, organizadores. *Psicologia, e/imigração e cultura*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
8. Miller KE, Rasco LM. *The mental health of refugees: ecological approaches to healing and adaptation*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates; 2004.
9. Pedersen D, Kienzler H. Mental health and illness in conflict areas. *Glob Ment Health*. 2013; 32:307-15.
10. De Haene L, Grietens H, Verschueren K. Holding harm: narrative methods in mental health research on refugee trauma. *Qual Health Res*. 2010; 20(12):1664-76.
11. Rees S, Silove DM, Tay K, Kareth M. Human rights trauma and the mental health of West Papuan refugees resettled in Australia. *Med J Aust*. 2013; 199(4):280-3.
12. Norredam M, Jensen M, Ekstrom M. Psychotic symptoms in refugees diagnosed with PTSD: a series of case reports. *Nord J Psychiatry*. 2011; 65(4):283-8.
13. Meffert SM, Marmar CR. Darfur refugees in Cairo mental health and interpersonal conflict in the aftermath of genocide. *J Interpers Violence*. 2009; 24(11):1835-48.
14. Jordan S, Matheson K, Anisman H. Supportive and unsupportive social interactions in relation to cultural adaptation and psychological distress among Somali refugees exposed to collective or personal traumas. *J Cross Cult Psychol*. 2009; 40(5):853-74.
15. Weine S, Muzurovic N, Kulauzovic Y, Besic S, Lezic A, Mujagic A, et al. Family consequences of refugee trauma. *Fam Process*. 2004; 43(2):147-60.
16. Rousseau C, Mekki-Berrada A, Moreau S. Trauma and extended separation from family among Latin American and African refugees in Montreal. *Psychiatry*. 2001; 64(1):40-59.
17. Hess JM, Isakson B, Githinji A, Roche N, Vadnais K, Parker DP, et al. Reducing mental health disparities through transformative learning: a social change model with refugees and students. *Psychol Serv*. 2014; 11(3):347-56.
18. Goodkind JR, Hess JM, Isakson B, LaNoue M, Githinji A, Roche N, et al. Reducing refugee mental health disparities: a community-based intervention to address postmigration stressors with African adults. *Psychol Serv*. 2014; 11(3):333-46.
19. Savic M, Chur-Hansen A, Mahmood MA, Moore V. Separation from family and its impact on the mental health of Sudanese refugees in Australia: a qualitative study. *Aust N Z J Public Health*. 2013; 37(4):383-8.
20. Warfa N, Bhui K, Craig TKJ, Curtis S, Mohamud S, Stansfeld SA, et al. Post-migration geographical mobility, mental health and health service utilisation among Somali refugees in the UK: a qualitative study. *Health Place*. 2006; 12(4):503-15.
21. Bäärnhielm S, Edlund AS, Ioannou M, Dahlin M. Approaching the vulnerability of refugees: evaluation of cross-cultural psychiatric training of staff in mental health care and refugee reception in Sweden. *BMC Med Educ*. 2014; 14:207.

22. Ellis BH, MacDonald HZ, Klunk-Gillis J, Lincoln A, Strunin L, Cabral HJ. Discrimination and mental health among Somali refugee adolescents: the role of acculturation and gender. *Am J Orthopsychiatr.* 2010; 80(4):564-75.
23. Miller KE. The effects of state terrorism and exile on indigenous Guatemalan refugee children: a mental health assessment and an analysis of children's narratives. *Child Dev.* 1996; 67(1):89-106.
24. Betancourt TS, Frounfelker R, Mishra T, Hussein A, Falzarano R. Addressing health disparities in the mental health of refugee children and adolescents through community-based participatory research: a study in 2 communities. *Am J Public Health.* 2015; 105Supl 3:475-82.
25. Emery CR, Lee JY, Kang C. Life after the pan and the fire: depression, order, attachment, and the legacy of abuse among North Korean refugee youth and adolescent children of North Korean refugees. *Child Abuse Negl.* 2015; 45:90-100.
26. Afifi RA, Makhoul J, El Hajj T, Nakkash RT. Developing a logic model for youth mental health: participatory research with a refugee community in Beirut. *Health Policy Plan.* 2011; 26(6):508-17.
27. Choi CMHA. A pilot analysis of the psychological themes found during the CARING at columbia-music therapy program with refugee adolescents from North Korea. *J Music Ther.* 2010; 47(4):380-407.
28. Brough M, Gorman D, Ramirez E, Westoby P. Young refugees talk about well-being: a qualitative analysis of refugee youth mental health from three states. *Aust J Soc Issues.* 2003; 38(2):193-208.
29. Sujoldzić A, De Lucia A, Buchegger R, Terzić R, Behluli I, Bajrami Z. A European project on health problems, mental disorders and cross-cultural aspects of developing effective rehabilitation procedures for refugee and immigrant youth. *Coll Antropol.* 2003; 27(2):431-8.
30. De Anstiss H, Ziaian T. Mental health help-seeking and refugee adolescents: qualitative findings from a mixed-methods investigation. *Aust Psychol.* 2010; 45(1):29-37.
31. Jensen NK, Norredam M, Priebe S, Krasnik A. How do general practitioners experience providing care to refugees with mental health problems? A qualitative study from Denmark. *BMC Fam Pract.* 2013; 14:17.
32. Ovitt N, Larrison CR, Nackerud L. Refugees' responses to mental health screening - a resettlement initiative. *Int Soc Work.* 2003; 46(2):235-50.
33. Green H, Sperlinger D, Carswell K. Too close to home? Experiences of Kurdish refugee interpreters working in UK mental health services. *J Ment Health.* 2012; 21(3):227-35.
34. Fuller KL. Refugee mental-health in Aalborg, Denmark - traumatic stress and cross-cultural treatment issues. *Nord J Psychiatry.* 1993; 47(4):251-6.
35. Cook TL, Shannon PJ, Vinson GA, Letts JP, Dwee E. War trauma and torture experiences reported during public health screening of newly resettled Karen refugees: a qualitative study. *BMC Int Health Hum Rights.* 2015; 15:8.
36. Posselt M, Procter N, Galletly C, De Crespigny C. Aetiology of coexisting mental health and alcohol and other drug disorders: perspectives of refugee youth and service providers. *Aust Psychol.* 2015; 50(2):130-40.
37. Tay AK, Rees S, Chen J, Kareth M, Mohsin M, Silove D. The refugee-mental health assessment package (R-MHAP): rationale, development and first-stage testing amongst West Papuan refugees. *Int J Ment Health Sys.* 2015; 9:29.
38. Mirdal GM, Ryding E, Sondej ME. Traumatized refugees, their therapists, and their interpreters: three perspectives on psychological treatment. *Psychol Psychother.* 2012; 85(4):436-55.

39. Rossen CB, Buus N, Stenager E. A qualitative study of mentally ill Iraqi refugees' relatives' experiences of their caring role and of receiving assistance from the community mental health services. *Eur Psychiatry*. 2013; 28:1.
40. O'mahony JM, Donnelly TT. How does gender influence immigrant and refugee women's postpartum depression help-seeking experiences? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2013; 20(8):714-25.
41. Majumder P, O'Reilly M, Karim K, Vostanis P. 'This doctor, I not trust him, I'm not safe': the perceptions of mental health and services by unaccompanied refugee adolescents. *Int J Soc Psychiatry*. 2015; 61(2):129-36.
42. Savic M, Chur-Hansen A, Mahmood MA, Moore VM. "We don't have to go and see a special person to solve this problem": trauma, mental health beliefs and processes for addressing "mental health issues" among Sudanese refugees in Australia. *Int J Soc Psychiatry*. 2016; 62(1):76-83.
43. Menéndez E. Saúde intercultural: propostas, ações e fracassos. *Cien Saude Colet*. 2016; 21(11):109-18.
44. Kobelinsky C. L'accueil des demandeurs d'asile: une ethnographie de l'attente. Paris: Éditions du Cigne; 2010.
45. Malkki L. Purity and exile: violence, memory and national cosmology among hutu refugees in Tanzania. Chicago: University of Chicago Press; 1995.
46. Fassin D. Quand le corp fait loi: la raison humanitaire dans les procédures de régularisation des étrangers. *Sci Soc Sante*. 2001; 19(4):5-34.
47. Zozoli CD. A vivência do refúgio de mulheres migrantes: uma análise da afetividade nos contextos de São Paulo e Paris [tese]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2015.
48. Fassin D, Rechtman R. L'Empire du traumatisme: enquête sur la condition de victime. Paris: Flammarion; 2007.

Galina VF, Silva TBB, Haydu M, Martin D. La salud mental de los refugiados: una mirada sobre los estudios cualitativos. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):297-308.

Las experiencias que llevan a las personas a solicitar refugio envuelven factores con potencial de desencadenamiento de disturbios mentales. El objetivo de esta revisión de literatura es presentar lo que hay de más moderno sobre la salud mental de los refugiados. El levantamiento de los artículos fue realizado en la colección Social Science Citation Index® en la Web of Science™. Se identificaron 35 estudios cualitativos en periódicos internacionales desde 1993 a enero de 2016. El análisis se enfocó en la salud mental de refugiados adultos, la salud mental de refugiados en la infancia y adolescencia y en los cuidados de salud de refugiados. Hubo un aumento de esta producción en los últimos años y los estudios colocaron en evidencia temas tales como la diversidad cultural, la importancia de la familia y de las redes de apoyo, la actuación de los profesionales envueltos con esos grupos, la presencia o no de enfermedad mental, las intervenciones y el compromiso con los derechos humanos.

Palabras clave: Refugiados. Salud mental. Revisión de literatura. Investigación cualitativa.

Submetido em 11/11/16. Aprovado em 05/01/17.

Desafios das políticas públicas no cenário de transição demográfica e mudanças sociais no Brasil

Gabriella Morais Duarte Miranda^(a)

Antonio da Cruz Gouveia Mendes^(b)

Ana Lucia Andrade da Silva^(c)

Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Public policies challenges on the background of demographic transition and social changes in Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):309-20.

This study aimed to analyze the changes in the demographic and social characteristics of the country and to discuss the challenge for developing public policies, using data from information systems and interviews with actors of social policies and healthcare in Brazil. A reduction was observed in fertility, natality and mortality rates with an increased life expectancy at birth, representing the third stage of demographic transition. An investment in health and education was identified as essential for the country to take advantage of this moment. There was a significant reduction in poverty, but in 2012, it still accounted for 15.9% of the population, a compelling reason for the maintenance, expansion and qualification of income transfer programs. The demographic transition provides opportunities for the development of policies that allows universal access to education, health and employment and that overcome the challenges of the country.

Keywords: Demographic transition. Formulation of policies. Health services needs and demands.

Este trabalho teve como objetivo analisar as mudanças ocorridas nas características demográficas e sociais do país e discutir o desafio do desenvolvimento de políticas públicas, utilizando dados dos sistemas de informações e entrevistas com atores das políticas social e de saúde do país. Percebeu-se a redução da fecundidade, da natalidade e da mortalidade com aumento da esperança de vida ao nascer, caracterizando a terceira fase da transição demográfica. O investimento na saúde e na educação foi considerado essencial para que o país possa aproveitar esse momento. Houve significativa redução da pobreza, mas, em 2012, ainda representava 15,9% da população, o que exige manutenção, expansão e qualificação dos programas de transferência de renda. A transição demográfica proporciona oportunidades para o desenvolvimento de políticas que permitam o acesso universal à educação, à saúde e ao emprego e que superem os desafios do país.

Palavras-chave: Transição demográfica. Formulação de políticas. Necessidades e demandas de serviços de saúde.

^(a) Pesquisadora bolsista, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Av. Professor Moraes Rego, s/n, Campus da UFPE, Cidade Universitária. Recife, PE, Brasil. 50670-420. gabymduarte@yahoo.com.br

^(b) Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Recife, PE, Brasil. antoniocruz@gmail.com

^(c) Doutoranda, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz. Recife, PE, Brasil. anadasilva78@yahoo.com.br

Introdução

O sociólogo Octavio Ianni¹, em artigo sobre a desigualdade social, considera que a questão social permeia a história da sociedade brasileira. Para o autor, isso é reflexo de desigualdades nos mais diversos aspectos, desafiando os diversos setores da sociedade.

Uma população com maiores expectativas de vida e menores taxas de fecundidade tem mudanças na estrutura etária, favorecendo o aumento da população em idade economicamente ativa e reduzindo a razão de dependência demográfica, caracterizando o *bônus demográfico*. A chamada *janela de oportunidade*, situação especial, ao longo da transição demográfica, requer políticas adequadas para que a demografia possa contribuir para o desenvolvimento econômico e social, do bem-estar da sociedade e do cuidado com o meio ambiente^{2,3}.

Entretanto, essa transição demográfica não é neutra, e, de acordo com Brito⁴, pode influenciar no futuro da sociedade brasileira, com reflexos positivos ou não, dependendo dos investimentos realizados pelo Estado e por políticas, programas e serviços implantados nesse período de transformação da estrutura demográfica do país.

Demo⁵ reflete que “somente é social a política que toca a estrutura das desigualdades sociais vigentes, reduzindo-as” (p. 33). Nesse sentido, a política precisa ser emancipatória e redistributiva, permitindo mais do que a ascensão social, possibilitando a conquista da redução das iniquidades.

E, na saúde, reconhecer as necessidades dos diferentes grupos sociais mediante políticas universais e redistributivas é assumir, portanto, a noção de equidade defendida pela Reforma Sanitária Brasileira⁶.

Segundo Paim⁷, a agenda da reforma sanitária ainda não foi esgotada. O Sistema Único de Saúde é conquista e parte da luta do movimento sanitário brasileiro. Para o autor, parece impossível que o sistema alcance seus objetivos em uma sociedade como a brasileira, marcada por históricos níveis de desigualdade, pobreza e violência. Por isso, defende a necessidade de revisitar os ideais da Reforma e de ampliar suas bases, a fim de “radicalizar a democracia e lutar pelas mudanças prometidas por seu projeto” (p. 132).

Isso significa que, neste momento de transição, é preciso investir no sistema de saúde, compreendendo o seu papel enquanto indutor do desenvolvimento econômico e, sobretudo, enquanto resposta às novas necessidades criadas pelas transformações demográficas e epidemiológicas.

É, portanto, fundamental que os investimentos estimulem a formulação de políticas públicas equânimes, que reconheçam a saúde como direito e que priorizem as necessidades como categoria essencial para as formas de justiça⁸. Considerando, inclusive, os desafios e a necessidade de inserção do campo da saúde no modelo de desenvolvimento do Brasil, país marcado por iniquidades desde a sua origem⁹.

Para isso, este estudo se propõe a analisar as transformações ocorridas nas características demográficas e sociais do país, num contexto de transição atual e de transformação do perfil demográfico nas próximas décadas e sua relação com o planejamento, além de discutir a formulação das políticas públicas, sobretudo, na área da saúde.

Método

Por meio de um estudo de cunho exploratório e explanatório, utilizando as abordagens quantitativa e qualitativa, foi realizada uma descrição e uma análise das transformações ocorridas nas características demográficas e sociais do país, e da sua relação com o planejamento e a formulação das políticas públicas.

Para caracterização do cenário, foram utilizados dados secundários dos principais sistemas de informações do país. Para analisar o planejamento das políticas públicas no contexto de transformações, foram entrevistados oito atores que ocuparam funções relevantes na gestão da saúde (ex-ministro da saúde do país, ex-secretários do Ministério da Saúde, ex-secretários estaduais e municipais de saúde) e no poder legislativo, além de intelectuais da saúde e planejadores.

Trata-se de um recorte de tese de doutorado em Saúde Pública, que utilizou como critério de seleção a escolha de participantes que construíram a sua história em defesa do direito à saúde, inseridos no contexto político e na organização do sistema de saúde do país desde a sua origem.

Foram analisados 12 indicadores referentes às condições demográficas e socioeconômicas do país, relativos ao período de 1995 a 2010, período mais recente e disponível nos sistemas de informações utilizados no estudo.

Os dados desse período, referentes à população, são oriundos das estimativas e dos censos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados relativos à educação, por meio da média de anos de estudo das pessoas com 25 anos e mais, e a proporção da população abaixo da linha da pobreza, originaram-se do Ipeadata, administrado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA).

Os demais indicadores socioeconômicos (percentual da população servida pela rede de abastecimento de água; coleta de lixo e esgotamento sanitário) e demográficos (taxa de fecundidade total; taxa bruta de natalidade; esperança de vida ao nascer e taxas de mortalidade) foram obtidos da matriz de indicadores produzida pela Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa).

Para verificar a tendência temporal das séries e sua significância, foi realizada a análise de tendência linear. Todas as decisões foram tomadas considerando o nível de significância estatística de 5,0%. Para facilitar a visualização dos resultados, optou-se pela apresentação trienal dos valores nas tabelas do estudo. Além da tendência linear simples, foi calculada a frequência relativa dos indicadores. Bem como, em alguns casos, foi analisada a variação proporcional no período estudado, a partir dos valores observados no último e no primeiro ano, considerando a equação: $[(\text{Indicador último ano}/\text{Indicador primeiro ano}) - 1] \times 100$.

A partir do marco conceitual da universalização, controle social, financiamento das necessidades e descentralização do Sistema Único de Saúde, foram elaborados os instrumentos quantitativos e qualitativos.

Para analisar a percepção dos atores sociais sobre o contexto das mudanças demográficas e sociais e a formulação das políticas públicas, foram inicialmente apresentados os resultados obtidos a partir da abordagem quantitativa e, posteriormente, realizadas as entrevistas, entre junho e julho de 2015.

A análise das entrevistas foi realizada por meio da técnica de condensação dos significados. A técnica orienta que, após a definição das unidades de significados naturais de cada participante e cada questão abordada, sejam definidos os temas centrais e, por fim, realizada uma síntese, por meio de uma descrição essencial que compreende os temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos pesquisados¹⁰.

O projeto de tese do qual resultou este artigo foi submetido e obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, no Recife, Pernambuco.

Resultados e discussão

O país tem vivenciado um rápido processo de transição demográfica. Apesar do aumento populacional entre as décadas avaliadas, a velocidade do seu crescimento diminuiu ao longo dos anos. Até a década de 1980, a população brasileira crescia vertiginosamente, reduzindo o ritmo a partir de então. Entre 1950 e 1980, houve um crescimento de quase 130,0%; nos trinta anos seguintes, o número de habitantes aumentou em 60,3%. Além disso, se mantidas as previsões do IBGE, em 2040 o país terá ampliado a sua população em apenas 19,6%, quando comparado ao número de habitantes em 2010 (Tabela 1).

Mesmo com a transição demográfica, mas com taxas de crescimento cada vez menores, o Brasil ainda apresenta um aumento populacional. Caso a redução da velocidade de crescimento se mantenha, estima-se que, no início da década de 2040, esse aumento seja negativo, iniciando um processo de redução da população brasileira¹¹, aspecto que desafia os gestores públicos.

Tabela 1. Evolução demográfica. Brasil, 1890 a 2040.

Faixa Etária (em anos)	1890		1920		1950	
	N	%	N	%	N	%
0 a 4	2.121.790	14,8	4.593.163	15,0	8.370.880	16,1
5 a 9	2.068.685	14,4	4.575.530	14,9	7.015.527	13,5
10 a 14	1.709.800	11,9	3.909.630	12,8	6.308.567	12,1
15 a 19	1.399.778	9,8	4.217.917	13,8	5.502.315	10,6
20 a 24	1.351.702	9,4	2.139.364	7,0	4.991.139	9,6
25 a 29	1.181.548	8,2	2.487.431	8,1	4.132.271	8,0
30 a 39	1.802.272	12,6	3.560.225	11,6	6.286.052	12,1
40 a 49	1.233.137	8,6	2.401.200	7,8	4.365.359	8,4
50 a 59	733.361	5,1	1.451.319	4,7	2.650.314	5,1
60 a 69	429.554	3,0	800.866	2,6	1.451.468	2,8
70 ou +	243.711	1,7	433.310	1,4	753.873	1,5
Ignorada	58.577	0,4	65.650	0,2	116.632	0,2
Total	14.333.915	100,0	30.635.605	100,0	51.944.397	100,0
Varição Proporcional*			113,7		69,6	

Faixa Etária (em anos)	1980		2010		2040	
	N	%	N	%	N	%
0 a 4	16.423.700	13,8	13.796.159	7,2	11.267.417	4,9
5 a 9	14.773.741	12,4	14.969.375	7,8	11.813.256	5,2
10 a 14	14.263.322	12,0	17.166.761	9,0	12.360.437	5,4
15 a 19	13.575.971	11,4	16.990.870	8,9	13.019.512	5,7
20 a 24	11.513.220	9,7	17.245.190	9,0	13.717.223	6,0
25 a 29	9.442.217	7,9	17.104.413	9,0	14.514.616	6,4
30 a 39	14.039.109	11,8	29.633.093	15,5	31.914.624	14,0
40 a 49	10.377.274	8,7	24.842.718	13,0	32.893.266	14,4
50 a 59	7.250.094	6,1	18.416.621	9,7	32.447.959	14,2
60 a 69	4.474.511	3,8	11.349.929	5,9	25.811.887	11,3
70 ou +	2.741.506	2,3	9.240.670	4,8	28.393.007	12,4
Ignorada	128.041	0,1	-	-	-	-
Total	119.002.706	100,0	190.755.799	100,0	228.153.204	100,0
Varição Proporcional*	129,1		60,3		19,6	

* Varição proporcional: variação proporcional em relação ao período anterior.

Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Além da redução da velocidade de crescimento, observam-se comportamentos diferenciados, quando analisadas as faixas etárias populacionais.

Percebe-se que a faixa etária de zero a nove anos, apesar de crescer em números absolutos até a década de 2010, se reduz proporcionalmente ao longo dos anos analisados. No primeiro ano estudado, as crianças representavam 29,2% da população do país, chegando a atingir, em 2010, 15,1%. Estima-se que, em 2040, alcancem 23,0 milhões, representando apenas 10,1% da população brasileira (Tabela 1).

Movimento inverso foi observado na faixa etária acima de sessenta anos, que cresce vertiginosamente no país. Os dados demonstram que a população brasileira vem envelhecendo. No primeiro ano estudado, representava 4,7% da população total do país, passando para 10,8% em 2010 e com uma estimativa de 23,4% em 2040 (Tabela 1).

Esse envelhecimento traz consigo desafios para o Estado, sobretudo no que tange às demandas para os sistemas de saúde e de seguridade social. A presença de enfermidade não é exclusiva das idades mais avançadas, o envelhecimento pode ser saudável se, associadas a ele, forem realizadas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças durante toda a vida da população. Essas intervenções são fundamentais para reduzir esses desafios que são atuais, mas também futuros¹².

Apesar de a população idosa crescer vertiginosamente no país há alguns anos, um dos participantes destacou o despreparo do SUS para responder às necessidades geradas pelo envelhecimento populacional: “[...] Uma população que vive mais longamente e com pouca qualidade de vida tende a pressionar o sistema de saúde por serviços mais caros, mais especializados. E nós não estamos nos preparando” (Entrevistado 1).

Seria fundamental a implementação de políticas públicas que respondessem às necessidades geradas pelas rápidas transformações demográficas. Segundo Batista, Jaccoud e El-Moor¹³, diferentemente das sociedades que envelheceram em ritmo mais lento e se adaptaram paulatinamente a essa situação, “o Brasil enfrenta a exigência de, com certa urgência, ampliar o entendimento das implicações de ordem demográfica, econômica e social do processo de envelhecimento e organizar políticas para enfrentá-las” (p. 138).

E, como já dito, essa transição demográfica não é neutra, ela pode, segundo Brito¹⁴, “potencializar as possibilidades demográficas”, e favorecer o desenvolvimento do país, ou, por outro lado, “ampliar as desigualdades que marcam a história da sociedade brasileira” (p. 5).

As mudanças na estrutura etária da população brasileira são resultantes de alterações nas taxas de fecundidade, natalidade e mortalidade, observadas desde meados do século passado. Na Tabela 2, pode-se observar que a taxa de fecundidade se reduziu continuamente e, em 2010, atingiu-se uma taxa de 1,8, média inferior ao nível de reposição da população, que é de 2,1.

A taxa de mortalidade infantil apresentou redução média anual de 1,2, chegando, em 2010, a 16,0 óbitos para cada mil nascidos vivos. Já a esperança de vida ao nascer, aumentou, passando de 68,5, em 1995, para 73,4 anos, em 2010, um acréscimo de quase cinco anos (Tabela 2).

Tabela 2. Evolução das características demográficas do Brasil no período de 1995 a 2010.

Variável	1995	1998	2001	2004	2007	2010	β	R ²	p
Taxa de fecundidade total	2,49	2,36	2,22	2,05	1,9	1,82	-0,05	0,98	<0,05
Taxa bruta de natalidade	22	21,8	20,1	18,5	16,6	15,8	-0,49	0,96	<0,05
Esperança de vida ao nascer	68,5	69,7	70,8	71,7	72,5	73,4	0,32	0,99	<0,05
Taxa de mortalidade neonatal	19,8	17,5	16,2	14,3	12,7	11,1	-0,60	0,99	<0,05
Taxa de mortalidade pós-neonatal	15,2	11,9	8,7	7,2	6,0	4,9	-0,63	0,93	<0,05
Taxa de mortalidade infantil	35,1	29,4	24,9	21,5	18,6	16	-1,24	0,97	<0,05
Taxa de bruta de mortalidade	7,2	7	6,1	6,1	6,1	6,3	-0,06	0,51	<0,05

Fonte: Rede Interagencial de Informações para a Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade.

A redução das taxas de fecundidade, natalidade, mortalidade infantil e o aumento da esperança de vida ao nascer refletem o processo de transição demográfica iniciado no país na década de 1950, tornando-se mais veloz a partir de 1980. Esse processo resultou na diminuição da população abaixo de 15 anos e no aumento significativo da população idosa.

Essas mudanças favorecem o crescimento econômico, sobretudo, durante a janela de oportunidade. Segundo um dos entrevistados, para que o país pudesse aproveitar esse bônus que vivencia, seria preciso investir na educação, a partir da ampliação do acesso, e, sobretudo, da reversão de indicadores educacionais e da sua qualificação.

“[...] não basta ter qualquer escolaridade, é essencial erradicar o analfabetismo, porque é o ponto de partida para aumentar os anos de escolaridade. É fundamental aumentar a taxa de escolaridade para colocar a população no campo do conhecimento, da inovação tecnológica, da incorporação dos fatores de produtividade [...]”. (Entrevistado 8)

O investimento na educação seria necessário não somente para fomento do desenvolvimento do país, mas, também, para a promoção de uma vida saudável. Segundo Sanchez e Ciconelli¹⁵, “o nível educacional dos indivíduos determina, de forma significativa, o acesso individual aos recursos sociais e, portanto, aos cuidados com a saúde” (p. 266).

Seria preciso, também, que o sistema de saúde se organizasse para responder às necessidades geradas pelas demandas atual e futura. A transição demográfica brasileira tem se caracterizado por sua velocidade acelerada, o que exigiria uma resposta rápida do sistema de saúde, conforme enfatizado por um dos entrevistados:

“Do ponto de vista da saúde, percebe-se que há uma clareza desse bônus demográfico que o país está vivendo. Então, é o momento do sistema de saúde se estruturar para essa demanda crescente da população idosa, uma demanda altamente especializada [...] que exige não ações pontuais, mas ações coordenadas, em grande parte dos profissionais. Então, a preparação do sistema de saúde como um todo para atender a esta demanda crescente, esse é um grande desafio”. (Entrevistado 3)

E nesse contexto de transição demográfica seria fundamental a realização de ações de promoção e prevenção direcionadas à população, sobretudo em virtude dos determinantes sociais e suas influências no processo saúde-doença.

“[...] o Sistema Único de Saúde é uma política pública articulada, que envolve todas as dimensões, desde a infraestrutura sócio-sanitária, o trabalho, a renda, o lazer, a educação para manutenção de padrões saudáveis de vida [...] mas isso implica em você ter política para essas dimensões [...]”. (Entrevistado 8)

Considerando a determinação social do processo saúde-doença, seria fundamental que o Estado se considerasse responsável pelo desenvolvimento social do país, promovendo políticas, ações e estratégias universais que primassem pela coesão social¹⁶.

Isso significaria que os esforços deveriam ser direcionados para as atuais gerações de crianças e jovens, especialmente nas áreas de saúde e educação. Dessa forma, não somente se garantiria uma boa qualidade de vida no futuro, mas, também, o desenvolvimento da sociedade brasileira e de sua economia nas próximas décadas. Se não for assim, a janela de oportunidade será perdida e o bônus demográfico não terá contribuído para a melhoria do país¹⁷.

Em relação aos indicadores socioeconômicos, perceberam-se tendências significativas de aumento, acompanhadas da redução da taxa de pobreza (Tabela 3).

Tabela 3. Indicadores socioeconômicos do Brasil no período de 1995 a 2010.

Variável	1995	1998	2001	2004	2007	2010	β	R ²	p
Média de anos de estudo	5,2	5,6	6	6,4	6,9	7,2*	0,14	0,99	<0,05
% da população abaixo da linha da pobreza ^a	35,1	34	35,1	33,7	25,4	21,4*	-0,04	-0,15	0,65
% da população servida pela rede geral água	74,5	77,3	79,7	80,6	81,8	81,5	-2,52	0,98	<0,05
% da população servida pela coleta lixo	69,5	76,2	81,5	82,8	85,8	85,8	0,53	0,85	<0,05
% da população servida pela rede esgoto	57	61,4	64,2	66,1	71,3	64,5	1,14	0,72	<0,05

* 2009; ^a Com a implantação do Programa Bolsa Família em 2003, foram realizadas duas análises, uma entre 1995 e 2002 e outra, de 2003 a 2009. Fonte: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

Essas mudanças foram possíveis somente porque, nos últimos anos, as desigualdades existentes no país foram enfrentadas de forma permanente. Um dos entrevistados destacou, inclusive, alguns dos principais aspectos relacionados às mudanças sociais:

“[...] as crônicas debilidades só foram de fato enfrentadas de maneira permanente a partir da consolidação das políticas de transferência de renda unificadas no Programa Bolsa Família, da manutenção do vínculo dos benefícios da previdência ao valor do salário mínimo e de uma política deliberada de recuperação do salário mínimo acima dos índices de correção da inflação”. (Entrevistado 8)

No período estudado, a média de anos de estudo entre as pessoas com 25 anos ou mais de idade apresentou um crescimento significativo em todo o período, com uma evolução média anual de 0,1 ano, aumentando 37,1%.

O acesso à educação de qualidade é fundamental para que as pessoas desenvolvam suas potencialidades. Segundo o IBGE¹⁸, o aumento da média de anos de estudo pode ser usado como um indicador quantitativo do processo de democratização escolar, ou seja, da maior oportunidade de acesso ao ensino.

Apesar do crescimento observado, dados do Relatório de Desenvolvimento Humano¹⁹ mostram que a média de anos de estudo do país, em 2010, estava à frente apenas do valor da Índia, quando analisados os indicadores dos países que compõem os BRICS (Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul).

O país tem evoluído, segundo os entrevistados, na educação técnica e Superior, mas, para um deles, há pouco investimento no Ensino Básico e Fundamental: “Quem é que vai segurar a população idosa no futuro? É esse pessoal que está chegando agora [...] Então para eles, qual é o investimento estratégico? Sem dúvida que é a educação. É a creche, a educação fundamental, que foi onde avançamos menos” (Entrevistado 5).

De acordo com Castro²⁰, nos países mais desenvolvidos, a educação faz parte do “núcleo do sistema de promoção social mediante sua capacidade de ampliar as oportunidades para os indivíduos, além de ser um elemento estratégico para o desenvolvimento econômico” (p. 674).

No período estudado, o Brasil apresentou significativa redução da pobreza, sobretudo após 2003, com um decréscimo médio anual de 2,6%, o que pode estar relacionado à implantação de políticas de transferência de renda.

Para um dos entrevistados, ficou evidente que é preciso expandir e manter as políticas sociais para que o país possa continuar avançando nas transformações sociais: “[...] para que as mudanças sociais continuem é preciso manter os programas sociais, me refiro particularmente ao Programa Bolsa Família” (Entrevistado 1).

De acordo com Marques²¹, o próprio Governo Federal reconhece o Programa Bolsa Família como principal programa de sua política social, tendo sido criado para “enfrentar a miséria e a exclusão social”, dívidas da histórica desigualdade que marca a sociedade brasileira, bem como para “promover a emancipação das famílias mais pobres”.

Segundo Silva e Silva²², os programas de transferência de renda têm sido adotados como “alternativa privilegiada de política” para enfrentar a pobreza e desigualdade na América Latina. A autora cita os programas realizados: no México, Argentina, Chile, Costa Rica, Uruguai, Honduras, Nicarágua e Brasil, destacando o Bolsa Família como o maior programa de transferência de renda do mundo.

Entretanto, um dos entrevistados destacou a necessidade de que o Programa Bolsa Família se torne um programa de renda básica, perdendo seu cunho assistencialista, para que, enquanto política de Estado, possa contribuir ainda mais para a redução da desigualdade social no país:

“[...] é necessário que possamos dar continuidade a várias políticas, entre elas as políticas de transferência de renda, especialmente o Programa Bolsa Família, que à medida que for incorporando novos e novos segmentos excluídos da sociedade, precisa mudar um pouco o seu

perfil, saindo de uma condição de programa de transferência de renda para um programa de garantia de renda básica, em que se busca atingir uma renda per capita aceitável para um país com as características demográficas, econômicas e sociais da maneira com que o Brasil tem". (Entrevistado 7)

A garantia de uma renda mínima a todos os cidadãos de um país é considerada, por Buss²³, uma das mais ousadas estratégias a serem adotadas pelo Estado na perspectiva de alcançar algum nível de equidade econômica e de erradicação da pobreza. Para Suplicy²⁴, trata-se da renda de cidadania, desenvolvida em países como Dinamarca, Reino Unido, França, Portugal e outros, desde a década de trinta do século passado, sob a forma de garantia de rendas e com resultados positivos.

A maioria dos entrevistados concorda, entretanto, que o aumento da renda familiar não é, por si só, suficiente para superar as desigualdades existentes no país. Esse não é o único componente da pobreza a ser enfrentado. Segundo um deles, faltam ainda outros elementos a serem atingidos e que se configuram como importantes mecanismos geradores de desigualdade no país.

"[...] ainda faltam os outros componentes da pobreza que não são só renda e ainda falta um pedaço da população que você não conseguiu atingir com esses dois instrumentos e exatamente são os mais difíceis de atingir, geralmente são os mais pobres, as comunidades mais distantes, as grandes periferias urbanas, onde as pessoas não conseguem nem ter acesso ao Estado e o Estado também não consegue ter acesso a eles [...]". (Entrevistado 5)

Segundo Amartya Sen²⁵, esse é um problema frequente. O tamanho da desigualdade não pode ser baseado apenas nas diferenças entre as rendas das pessoas na sociedade, pois, para o autor, "o que podemos ou não fazer, podemos ou não realizar, depende também da variedade de características físicas e sociais que afetam nossas vidas e fazem de nós o que somos" (p. 60).

Os dados referentes às condições de saneamento apontam para uma evolução positiva no período analisado (Tabela 3). Em relação ao esgotamento sanitário, o país apresentava, em 2011, a maior cobertura de saneamento adequado, quando comparado aos países dos BRICS, mas atrás da Argentina e do Chile, países sul-americanos²⁶.

Quando providos adequadamente, os serviços de saneamento reduzem os efeitos da ação humana sobre o ambiente. Quando não, a precariedade da oferta de saneamento gera impacto negativo não somente para o meio ambiente, mas, também, para a saúde pública, e, conseqüentemente, para o desenvolvimento. Isso significa que o ideal é: a oferta universal dos serviços, a garantia da sua cobertura e do acesso, o que não acontece no país²⁷.

Apesar das mudanças sociais ocorridas na primeira década deste século, ainda se observam, no país, importantes desigualdades, conseqüências de uma dívida social, e que exigem o forte investimento do Estado para que sejam superadas. Em 2012, 30,3 milhões de brasileiros ainda viviam abaixo da linha da pobreza²⁸, a média de anos de estudo ainda era baixa, e 35,5% da população não tinham acesso à rede geral de esgoto. Em um país caracterizado pela desigualdade, a superação deste quadro é um desafio ainda maior.

Segundo Barros et al.²⁹, mesmo com a redução das desigualdades, ocorrida nos primeiros anos do século XXI, o Brasil ainda continua ocupando uma posição negativa, apresentando um dos mais elevados graus de concentração de renda do mundo.

Um dos entrevistados acredita que a continuidade das transformações no padrão social do país dependerá da manutenção das ações realizadas nos últimos anos, que promoveram mudanças importantes no cenário das desigualdades:

"O que verificamos nos últimos anos é que houve uma diminuição dessa desigualdade. Não deixamos de ser desiguais, mas somos menos desiguais do que antes. O que pode acontecer? Eu acho que sempre tem mais de um cenário. Se forem mantidas as ações e os programas desenvolvidos nos últimos dez anos, acredito que a tendência é a diminuição da

desigualdade. [...] Se não forem mantidas [...] teremos o outro lado acontecendo, o aumento das desigualdades". (Entrevistado 4)

Além da consolidação das ações realizadas nos últimos anos, é essencial, para outros entrevistados, a associação com políticas sociais amplas e permanentes, encarando as deficiências que insistem em tornar o país ainda um dos mais desiguais do mundo.

"[...] investimento em infraestrutura, ser capaz de dotar o país de condições de ir adiante [...] Então esse eu acho que esse é o grande desafio. Como esses anos de crescimento com diminuição da desigualdade, de ampliação de acesso, podem ser sustentáveis para os próximos anos. Manter a perspectiva de desenvolvimento econômico também voltado para redução da pobreza, aumento da renda e continuar nesse processo de universalizar o acesso à água tratada, ao esgoto, melhorar a condição de moradia [...]". (Entrevistado 2)

"Tem que ter uma política permanente [...] um plano nacional de desenvolvimento urbano [...] Uma política de infraestrutura social sanitária avançada". (Entrevistado 8)

E este seria o momento para se investir no sistema de saúde. Seria fundamental ampliar a capacidade de investimento do Estado, promovendo um sistema de saúde que respondesse aos desafios e às necessidades da população, contribuindo para a promoção das mudanças sociais. Na perspectiva de um dos entrevistados:

"[...] você vai ter uma população aumentando a taxa de envelhecimento, uma população mais exposta às causas externas, aos homicídios, aos acidentes de trânsito. Consequentemente uma população que vai gerar novos indicadores epidemiológicos [...] que só poderão ser revertidos com políticas de saúde intensas e preventivas [...]". (Entrevistado 8)

Outro entrevistado percebe o campo da saúde não somente como resultado, mas, também, como indutor dos avanços observados no país:

"Sem dúvida nenhuma tem um aspecto importante que é a contribuição da saúde como resultado do desenvolvimento sustentável, mas também como causa do desenvolvimento sustentável, ou seja, o fato do Brasil ter um sistema universal de saúde [...] também jogou um papel muito grande na melhoria desses indicadores. [...] Países no nível de desenvolvimento econômico semelhante ao nosso, que tem sistemas de saúde com cobertura parcial da população, [...] tiveram um desempenho menor que o nosso durante esses anos". (Entrevistado 2)

De acordo com Gadelha et al.⁹, a saúde constitui um campo de particular relevância para a coesão social e econômica do país. Diferentes vertentes de análise incorporam a saúde na sua relação com o desenvolvimento, compreendendo-a, dentre diversos aspectos, como fundamental para a "qualidade de vida e intervenção pública na área social"; promotora "do crescimento econômico e de investimentos" e "política fundamental na conformação de sistemas de proteção social modernos" (p. 3005).

Considerações finais

Percebe-se, a partir dos resultados deste estudo, que ocorreram significativas transformações na estrutura demográfica e social do país. Ao passo que as mudanças populacionais, caracterizando a transição demográfica, se iniciaram desde a metade do século passado; as mudanças sociais ocorridas no Brasil acentuaram-se, sobretudo, nos primeiros dez anos deste século.

A transição demográfica traz e trará demandas específicas, exigindo respostas oportunas, muitas ainda não implantadas. Desafio que se amplia com a associação das desigualdades que ainda persistem e que precisam ser enfrentadas no país.

Trata-se de um momento único vivenciado pelo país. A janela de oportunidade ocorre apenas uma vez durante o processo de transição demográfica; e o investimento por meio de políticas públicas sociais e estruturantes pode assegurar o avanço das transformações e diminuir o impacto das demandas, que são atuais e futuras. A redução das iniquidades dependeria da adoção, por parte do Estado brasileiro, de um projeto social que assegurasse os direitos às necessidades da população.

A saúde tem papel fundamental neste cenário de redução das desigualdades. O sistema universal e único, a organização do modelo de atenção e a garantia de acesso a fim de atender às necessidades geradas pelo novo perfil demográfico representam não somente a defesa do direito constitucional, mas a promoção, como discutido, do bem-estar social.

Colaboradores

Gabriella Morais Duarte Miranda, Antonio da Cruz Gouveia Mendes e Ana Lucia Andrade da Silva participaram ativamente da discussão dos resultados, assim como da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Ianni O. A questão social. Rev USP [Internet]. 1989 [citado 30 Nov 2014]; 3:145-53. Disponível em: <http://www.usp.br/revistausp/03/17-octavio.pdf>
2. Alves JED, Vasconcelos DS, Carvalho AA. Estrutura etária, bônus demográfico e população economicamente ativa no Brasil: cenários de longo prazo e suas implicações para o mercado de trabalho. Brasília (DF): Cepal, Ipea; 2010. (Textos para discussão Cepal).
3. Alves JED. O fim do bônus demográfico e o processo de envelhecimento no Brasil. Rev Portal Divulg. 2015; 5(45):6-17.
4. Brito F. A reinvenção da transição demográfica: envelhecer antes de enriquecer? Belo Horizonte: UFMG/Cedeplar; 2010.
5. Demo P. Participação e planejamento: arranjo preliminar. Rev Adm Publica. 1991; 52(3):31-54.
6. Albuquerque MSV, Costa AM, Lima LP, Melo Filho DA. Equidade e inclusão de grupos sociais na política de saúde: o caso do Recife, Brasil. Rev Bras Saude Matern Infant. 2011; 11(1):73-82.
7. Paim J, organizador. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2009. Avanços e desafios do SUS; p. 125-38.
8. Vieira-da-Silva LM, Almeida Filho N. Eqüidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cad Saude Publica. 2009; 25 Supl 2:217-26.
9. Gadelha CAG, Vieira C, Lima L, Baptista TWF. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. Cienc Saude Colet. 2011; 16(6):3003-16.

10. Kvale S. An introduction to qualitative research interview. Thousand Oaks: Sage; 1996.
11. Mendes ACG, Sá DA, Miranda GMD, Lira TM, Tavares RAW. Assistência pública de saúde no contexto da transição demográfica brasileira: exigências atuais e futuras. *Cad Saude Publica*. 2012; 28(5):955-64.
12. Kalache A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(4):1107-11.
13. Batista AS, Jaccoud LB, El-Moor PD. Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social. Brasília (DF): Ministério da Previdência Social, Secretaria de Previdência Social; 2008.
14. Brito F. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. *Rev Bras Estud Popul*. 2008; 25(1):5-26.
15. Sanchez RM, Ciconelli RM. Conceitos de acesso à saúde. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):260-8.
16. Costa GD, Cotta RMM, Ferreira MLSM, Reis JR, Franceschini C. Saúde da família: desafios no processo de orientação do modelo assistencial. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(1):1113-8.
17. Carvalho JAM, Wong LR. Plano Nacional de Pós Graduação 2011/2020. Brasília (DF): Capes; 2010. (Documentos Setoriais Capes; v. 2).
18. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais. Rio de Janeiro: IBGE; 2012.
19. Programa das Nações Unidas. Relatório do Desenvolvimento Humano 2011. Sustentabilidade e equidade: um futuro melhor para todos. New York: PNUD; 2011.
20. Castro JA. Evolução e desigualdade na educação brasileira. *Educ Soc*. 2009; 30(108):673-97.
21. Marques RM. Política de transferência de renda no Brasil: a experiência do Bolsa Família. *Soc Cult*. 2008; 11(2):237-43.
22. Silva e Silva MO. Desigualdade, pobreza e programas de transferência de renda na América Latina [Editorial]. *Rev Polit Publica*. 2009; 13(2):157-9.
23. Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. *Cienc Saude Colet*. 2007; 17(6):1575-89.
24. Suplicy EM. Renda de cidadania: a saída é pela porta. São Paulo: Cortez; 2002.
25. Sen AK. Desigualdade reexaminada. Mendes RD, tradutor. Rio de Janeiro: Record; 2012.
26. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales [Internet]. Ginebra: OMS; 2013 [citado 30 Set 2013]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf?ua=1
27. Saiani CCS, Galvão GC. Evolução das desigualdades regionais do déficit de acesso a serviços de saneamento básico no Brasil: evidências de um incentivo adverso dos objetivos de desenvolvimento do milênio? [Internet]. In: Anais do 39º Encontro Nacional de Economia (ANPEC); 2011; Foz do Iguaçu, Brasil. Foz do Iguaçu: Associação Nacional dos Centros de Pós-Graduação em Economia; 2011 [citado 30 Set 2013]. Disponível em: <https://www.anpec.org.br/encontro/2011/inscricao/arquivos/000-ef4ffdd4b9dabf74ef5fa3c2062987e.pdf>
28. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Indicador número de indivíduos pobres [Internet]. Brasília: IPEA; 2014 [citado 18 Set 2014]. Disponível em: <http://www.ipeadata.gov.br>
29. Barros R, Carvalho M, Franco S, Mendonça R. Determinantes da queda na desigualdade de renda no Brasil. Brasília (DF): Ipea; 2010. (Texto para discussão; nº 1460).

Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. Desafíos de las políticas públicas en el escenario de transición demográfica y cambios sociales en Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):309-20.

El objetivo de este trabajo fue analizar los cambios habidos en las características demográficas y sociales del país y discutir el desafío del desarrollo de políticas públicas, utilizando datos de los sistemas de informaciones y entrevistas con los actores de las políticas social y de salud del país. Se percibió la reducción de la fecundidad, de la natalidad y de la mortalidad con el aumento de la esperanza de vida al nacer, caracterizando la tercera fase de la transición demográfica. La inversión en salud y educación se consideró esencial para que el país pueda aprovechar este momento. Hubo una significativa reducción de la pobreza, pero en 2012 ella todavía representaba el 15,9% de la población, lo que exige mantenimiento, expansión y calificación de los programas de transferencia de renta. La transición demográfica proporciona oportunidades para el desarrollo de políticas que permitan el acceso universal a la educación, a la salud y al empleo y que superen los desafíos del país.

Palabras-clave: Transición demográfica. Formulación de políticas. Necesidades y demandas de servicios de salud.

Submetido em 07/03/16. Aprovado em 30/06/16.

Satisfação de usuários da atenção primária à saúde:

um estudo qualitativo no Nordeste do Brasil

Carlos André Moura Arruda^(a)
 Maria Lúcia Magalhães Bosi^(b)

Arruda CAM, Bosi MLM. User's satisfaction of primary health care: a qualitative study in the Northeast of Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):321-32.

This study deals with user's satisfaction related to quality in primary health care in the context of public services in the city of Fortaleza, Northeast Brazil. It was conducted a qualitative study involving 43 users of health facilities located in this municipality. The research technique used was the non-directive interview, associated to free observations registered on field diary. The discursive material was analyzed from the hermeneutic-critical approach. The results highlight the satisfaction regarding the expansion of the coverage, resulting in improving access. However, several challenges persist, like as dissatisfaction with lack of specialists; barriers of access to specialties and poor integration between services. This study reiterates the importance of the relational dimension in health care and illustrates the relevance of qualitative approach in studies about user's satisfaction, in the health evaluation field.

Keywords: Health evaluation. User's satisfaction. Qualitative research. Primary health care. Public health.

Este estudo focaliza a satisfação do usuário relacionada à qualidade do cuidado na atenção primária da rede pública de serviços, no município de Fortaleza, Nordeste do Brasil. Realizamos um estudo qualitativo envolvendo 43 usuários de unidades de saúde distribuídas pelo município. A técnica utilizada foi a entrevista não diretiva, associada à observação livre registrada em diário de campo. O material discursivo foi analisado sob a vertente hermenêutico-crítica. Os resultados evidenciam a satisfação referente à expansão da cobertura, melhorando o acesso, ainda que persistam desafios. Contudo, os usuários demonstraram: insatisfação no tocante à falta de especialistas; barreiras de acesso a especialidades, e pouca integração entre serviços. Destacaram-se relatos que acentuam a importância da dimensão relacional, notadamente, o acolhimento, com relatos que se polarizam. Reafirma-se a relevância do enfoque qualitativo em estudos sobre a satisfação dos usuários, nas avaliações em saúde.

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Satisfação dos usuários. Pesquisa qualitativa. Atenção primária à saúde. Saúde coletiva.

^(a) Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual do Ceará. Avenida Dr. Silas Muguba, 1700, Campus do Itaperi. Fortaleza, CE, Brasil. 60740-000. andrecaninde@yahoo.com.br

^(b) Departamento de Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. malubosi@ufc.br

Introdução

Este estudo, componente de uma linha de pesquisa mais ampla voltada para a avaliação da qualidade de programas e serviços, ilustra a incorporação do enfoque qualitativo no âmbito da avaliação qualitativa em saúde, tendo como foco a satisfação dos usuários relativa às dimensões integralidade e humanização do cuidado em saúde, no espaço da Atenção Primária à Saúde (APS).

Vale salientar que a integralidade, mais que uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS), compõe uma “imagem objetivo”¹, cujo principal escopo é tornar notável o que se deseja construir, do que existe. Considerando que tal imagem objetivo é polissêmica, a definição de integralidade não pode ter uma resposta unívoca porque podemos abortar alguns dos seus sentidos¹. Ante tais assertivas, corroboramos a formulação feita por Pinheiro² e Pinheiro e Guizardi³ quando concebem a integralidade como uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, no plano individual (construção da integralidade no ato da atenção individual), como, também, no plano sistêmico de atenção à saúde (garantia da integralidade das ações na rede de serviços), nos quais se inscrevem aspectos objetivos e subjetivos.

Quanto à humanização, conceito tantas vezes aludido e cuja demarcação carece de precisão, referimo-nos ao *plano de relações intersubjetivas* que se processam nas práticas⁴. Corroboramos a formulação das autoras, na qual humanização implica: acolhimento, empatia, presença e diálogo, possibilitando abertura para com o outro, trazendo a marca da interconexão humana⁴. Na mesma direção, Oliveira et al.⁵ afirmam que humanizar implica dar lugar à palavra (do usuário e demais atores implicados no processo de cuidado) de modo a viabilizar uma rede de diálogo, que possa recriar e promover ações de saúde fundadas na dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade⁵. Tais dimensões interrogam diretamente a (inter)subjetividade, o que implica, nos planos ontológico e epistemológico, a tradição qualitativa.

A avaliação de serviços e programas de saúde vem ocupando espaços de relevância, não apenas no que se convencionou denominar pesquisa avaliativa, mas entre as ações de planejamento e gestão⁶. No campo da Saúde Pública, a avaliação de programas e serviços de saúde permite oferecer direções e opções no processo de planejamento, e, dependendo do enfoque adotado, favorecer o controle técnico e social dos serviços dispensados para a sociedade⁷, de forma a contemplar as necessidades do público coberto por estas ações.

Ao lado disso, a satisfação do usuário, componente focalizado neste estudo, tem impacto direto nos custos e na capacidade dos serviços. Expressa, ainda, a capacidade de os serviços atenderem necessidades e expectativas dos seus usuários, intrinsecamente associadas às suas experiências, crenças e conhecimentos, os quais, por seu turno, afetam “[...] a seleção, aceitação e continuidade na utilização dos serviços e no julgamento de qualidade sobre eles”⁸ (p. 25).

Estudos sobre a satisfação dos usuários, como componente de avaliações da qualidade dos serviços de saúde, emergiram a partir das décadas de 1960 e 1970, inicialmente nos Estados Unidos e na Europa, tendo como objeto de interesse aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção, adesão ao tratamento médico, proporcionando, ao paciente/usuário, um novo lugar na avaliação dos serviços de saúde.

No Brasil, essa temática difundiu-se em meados da década de 1990, com base no fortalecimento do controle social do SUS, e da participação da comunidade nos processos de planejamento e avaliação, e com a promoção da “accountability”^{9,10}.

Na literatura nacional e internacional acerca do tema em foco, evidencia-se que a satisfação do usuário é um dos elementos essenciais para avaliar a qualidade dos serviços de saúde, muito embora, sejam relativamente recentes nas avaliações em saúde.

Com base no exposto, reforçamos a premissa de que o empreendimento de se configurar uma avaliação da qualidade de serviços de saúde, tendo como foco a satisfação do usuário, deve necessariamente englobar aspectos subjetivos, que fazem referências a elementos não quantificáveis e que escapam aos questionários estruturados. Dentre essas dimensões que escapam à mensuração, se inserem: a integralidade e a humanização do cuidado como elementos centrais no atual sistema de

saúde brasileiro, cuja apreciação demanda incursionar na satisfação e/ou insatisfação dos usuários em relação às práticas de saúde que lhes são destinadas.

Nesse escopo, o presente estudo objetivou explorar e compreender a (in)satisfação de usuários da Atenção Básica com a qualidade da referida atenção, relacionada às dimensões integralidade e humanização, demarcando como espaço de investigação o Município de Fortaleza/CE, localizado na região Nordeste do Brasil.

Metodologia

Dada a natureza do objeto se voltar para a produção subjetiva de usuários na experiência concreta com a APS ofertada no município de Fortaleza/Ceará, o estudo se orientou, conforme já aludido, pela abordagem qualitativa, em uma vertente crítico-interpretativa, articulando a subjetividade à materialidade à qual se vincula dialeticamente.

O estudo foi realizado no Município de Fortaleza, Nordeste do Brasil, com população estimada de 2.551.806 habitantes¹¹, no qual a Atenção Básica é composta por 304 Equipes de Saúde da Família (ESF) distribuídas em 88 Centros de Saúde da Família (CSF)¹².

Fortaleza é subdividida em seis Distritos de Saúde inseridos nas seis Secretarias Executivas Regionais (SER), prestando assistência à população residente em 84 bairros e funcionando como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Este estudo foi realizado em 11 CSF, abrangendo um total de 28 Equipes de Saúde da ESF, distribuídos pelas 06 SER.

A pesquisa foi realizada com usuários localizados em seus domicílios, contando com a ajuda dos agentes comunitários de Saúde (ACS), na aproximação com os participantes. Foram incluídos (as) usuários (as) distribuídos pelas 06 SER do município de Fortaleza/Ceará, cujo acúmulo subjetivo possibilitasse a compreensão do objeto sob investigação. Partimos da premissa de que certas características, como a frequência e uso mais contínuos dos serviços, bem como a maior proximidade do último atendimento à data da entrevista, poderiam favorecer esse acúmulo e foram critérios para inclusão no estudo, além do aceite, disponibilidade e poder se responsabilizar pelo depoimento. A amostra deste estudo foi do tipo *teórica ou intencional*, nos termos formulados por Schwandt¹³, e bastante utilizada em pesquisas com abordagem qualitativa, nas quais os participantes são escolhidos não pela sua representatividade estatística/probabilística, mas, sim, por sua relevância ante o objeto, visando dar conta das questões que a investigação orientada pelo marco teórico da pesquisa procura desvelar.

Ainda que cientes dos limites impostos à não-diretividade em situações de pesquisa¹⁴, para fins de apreensão do material discursivo, escolhemos trabalhar com *entrevistas não diretas*, pelo fato de existir uma relação entre o grau de liberdade deixado ao entrevistado e a profundidade das informações fornecidas por ele¹⁵. Desse modo, foram entrevistados 43 usuários, sendo a maioria do sexo feminino, consoante o maior envolvimento do segmento feminino com os serviços de saúde. Salientamos que esse número de usuários não foi estabelecido a priori. Nesta investigação, o fechamento amostral se deu, conforme já aludido, pelo princípio da *saturação teórica*, consoante Fontanella et al.¹⁶. Tais entrevistas, individuais, foram realizadas por um dos pesquisadores, com formação pós-graduada em Saúde Coletiva, nas residências dos usuários selecionados. O material empírico, depois de transcrito pelos próprios pesquisadores, foi submetido às leituras transversal e horizontal, de maneira a permitir a apreensão do sentido do “todo” de cada depoimento, bem como a identificação dos temas centrais que agregaram as várias dimensões presentes nas narrativas e que constituíram os eixos da *rede de significados*, construto elaborado pelos pesquisadores, com base nos temas e dimensões emergentes no material discursivo. A vertente em que se ancora a construção dessa rede, com vistas a desvelar sentidos do fenômeno investigado, é a perspectiva crítico-interpretativa da hermenêutica filosófica de Gadamer¹⁷. Compreender, nessa perspectiva, implica a produção de um sentido original, que incorpora dialeticamente o texto “nativo”, pois o sentido de um texto não se exaure no dito pelos usuários. Ao nos referirmos a um exercício interpretativo, que é também “crítico”,

ambicionamos compreender os sentidos das experiências dos usuários repondo a subjetividade na materialidade a que a produção simbólica se vincula, desvelando “fontes de compreensão que tornam patentes relações de sentido insuspeitadas”¹⁷ (p. 446).

Resultados e discussão

A rede de significados, a despeito da articulação interna entre os componentes qualidade e (in) satisfação dos usuários, foi subdividida, neste tópico, em eixos analíticos, de modo a auxiliar a apresentação dos resultados, como recurso de exposição. Cabe a ressalva de que tais partes se articulam dialeticamente no material discursivo, e, por conseguinte, na interpretação dos resultados deste estudo, expressando a complexa trama que conjuga a qualidade, a integralidade e humanização do cuidado na perspectiva dos usuários, conceitos interrogados nesta análise e que devem ser entendidos em recursão.

Experiências de satisfação dos usuários

Dentre os usuários investigados, alguns demonstraram satisfação em relação à qualidade do atendimento recebido pelos profissionais de saúde no Centro de Saúde da Família (CSF), quer pela forma como são atendidos na recepção, quer pela relação com os demais funcionários do Centro ou pelo atendimento prestado pelos profissionais de nível Superior que compõem a Unidade, aspecto que figura em vários depoimentos como ilustra o excerto: “[...] eles atendem bem, eles procuram saber o problema da gente, conversam com a gente; é isso, o atendimento deles é bom” (Usuária 08).

Este estudo corrobora vários achados na literatura evidenciando que estar satisfeito com os serviços ofertados na rede pública de saúde, vincula-se a distintas dimensões que englobam não apenas a qualidade técnica, mas a atenção recebida e a presença afetiva nas relações, ou seja, a qualidade relacional, dentre outros aspectos^{18,19}. A forma cordial como o usuário é tratado pelos membros das equipes revela-se como questão central para o julgamento da qualidade da ESF, superando, até mesmo, a qualidade técnica tal como por eles percebida.

A expressão “bom atendimento”, presente nos depoimentos dos participantes deste estudo, sintetiza: aspectos da relação usuário/profissional da saúde, disponibilidade de ajudar, bem como aqueles relativos à resolubilidade dos serviços e número de profissionais da saúde (médicos) suficientes para a realização dos atendimentos: “[...] porque a gente foi com uma necessidade e foi aceita aquela necessidade [...] as atendentes e o médico que atende bem, né? É isso aí que a gente fica feliz, né?” (Usuária 09).

Dessa forma, mesmo com os problemas atendidos, alguns usuários entrevistados vocalizam a importância de os profissionais estarem disponíveis para lhes oferecer ajuda, ressaltando a necessidade do estabelecimento de vínculo, que se apresenta como determinante no que tange à satisfação destes últimos em relação ao atendimento. Sendo vínculo *tudo o que ata, liga ou aperta*, uma relação, um nexo²⁰, essa construção se contrapõe à ideia de uma relação hierarquizada e distanciada. Schimith e Lima²¹ ressaltam que o vínculo deve se expandir para toda a equipe de saúde, em diferentes acepções. Contudo, advertem que, não raro, a noção de vínculo discutida e implantada pela ESF distancia-se de uma dimensão de qualidade em saúde, na perspectiva da integralidade e humanização.

Não obstante, Lima et al.²² (p. 85) exprimem a importância de que “a atenção à saúde não se restrinja ao âmbito da clínica, cujo enfoque recai sobre o indivíduo, a doença e a assistência curativa”. Nossos resultados confluem para aqueles reportados pelos referidos autores; e, reiteramos, além da técnica, esta atenção mais ampla e focalizada não apenas nos aspectos biomédicos, ou seja, que privilegie outros aspectos considerados como dimensão de qualidade da assistência.

“[...] o atendimento é esse, é olhar pra pessoa, conversar e até brincar, né?”. (Usuário 40)

"[...] Rapaz eu acho que o atendimento de qualidade é o interesse do médico pelo seu cliente e a dedicação". (Usuário 13)

Sendo a ESF um programa que busca transformar a forma/modelo de cuidado à saúde das pessoas em seus espaços de convivência e nas suas diversas formas de manifestação da enfermidade, o acolhimento, o receber bem, o dar respostas às necessidades de saúde da população são umas das principais ações de melhoria da qualidade voltada para a humanização da atenção.

Neste estudo, os usuários se disseram satisfeitos com a qualidade do atendimento médico realizado na consulta ambulatorial, muito embora esta satisfação se limite a alguns profissionais, e a alguns CSF. A satisfação relaciona-se à escuta do médico diante das queixas apresentadas pelos usuários, bem como à realização de procedimentos, a exemplo do exame clínico: "[...] tem muito médico bom e que procura saber ... desde quando você está assim? Começou quando? Faz muito tempo que você toma essa medicação? A senhora se dá bem com esse remédio?" (Usuário 31).

É sabido que "médicos e pacientes veem os problemas de saúde de maneiras muito diferentes"²³ (p. 113), ou seja, o significado da doença trazido pelos usuários é traduzido na linguagem científica do médico. É exatamente no espaço da "retradução" que se consolidam a escuta atenta e o acolher, conjugando o "ser" e o "fazer" do médico. Daí, concebermos cuidado como relação, permitindo aflorar a (in)subjetividade de ambos que, em relação, se tornam sujeitos do cuidado²⁴.

Como ação da Política Municipal de Humanização (PMH) do Sistema de Saúde de Fortaleza – FORTALEZA HUMANIZA SUS, a Secretaria de Saúde de Fortaleza vem implantando, na Rede da ESF e de Saúde Mental, o Acolhimento com Avaliação de Risco e Vulnerabilidade nos Centros de Saúde da Família e nos Centros de Atenção Psicossocial, com o objetivo de transformar o processo de trabalho na perspectiva da Humanização¹². O acolhimento instituído nos CSF também concorreu para que os usuários vocalizassem sua satisfação: "[...] está melhor. Depois que apareceu o acolhimento ficou maravilhoso" (Usuária 37).

Consoante Franco et al.²⁵, garantir a acessibilidade universal por meio do atendimento a todas as pessoas; reorganizar processos de trabalho com intuito de que este substitua o olhar central do médico para uma equipe multiprofissional, denominada como equipe de acolhimento; e qualificar a relação trabalhador-usuário, balizando-a por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania, são princípios do acolhimento que podem inverter a lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde.

É importante, ainda, destacar que procurar os CSF e ser atendido/a, ou seja, buscar o serviço e ter as suas necessidades consideradas é elemento que enseja satisfação no usuário, se sobrepondo, mesmo, conforme já aludido, à avaliação da qualidade técnica da atenção. A experiência de não ser atendido, conforme demonstram estudos como os de Bosi e Affonso²⁶ e Ronzani e Silva¹⁹ e de muitos outros autores, é algo grosso modo "insuportável" para os usuários. Esta satisfação refere-se tanto a quem busca para si o serviço como a quem o procura para terceiros: "Quando eu vou atrás e consigo o que eu quero para minha filha, eu chego muito bem satisfeita" (Usuário 11).

Para Leopardi²⁷, esse tipo de necessidade não se apresenta de forma casual nos indivíduos, mas como carência específica do sujeito, tendo uma relação direta com o tempo e o lugar. A ampliação da cobertura de equipes e, assim, a presença de um maior número de profissionais, e, também, o aumento dos atendimentos e do acesso, foram os elementos mais citados pelos usuários como item de satisfação: "Depois que apareceu o PSF ficou ótimo; a gente está sendo mais bem atendido, porque antes era mais difícil [...] é mais fácil a gente ser atendida entendeu?" (Usuária 36).

Destacamos, ainda, outro elemento citado pelos usuários, e que cabe nesse contexto: a visita domiciliar. Tal componente possibilita o conhecimento do que seja o PSF para o usuário, e, dentre os elementos citados por eles, a visita domiciliar, com a participação dos ACS, é uma das atividades realizadas pelo PSF que mais traduz o que é PSF.

"[...] E, se chega lá e a gente não pode ir até o médico, ele [ACS] vem até a gente [...]". (Usuário 05)

“[...] porque eu não sabia nem que existia isso [PSF] e depois que ela [ACS] veio aqui em casa e conversou com a gente foi que a gente abriu mais a mente [...]”. (Usuário 27)

Apontadas potencialidades advindas da implantação e da implementação do PSF nos serviços de saúde do Município, bem como o conhecimento por parcela de seus usuários, é imprescindível, também, destacar um dado surpreendente: o não-conhecimento deste por alguns usuários, nas áreas que este estudo abrangeu. Fato semelhante de “dificuldade em visualizar o PSF ou identificar com precisão sua lógica de funcionamento” foi constatado por Trad et al.²⁸ (p. 583). O interesse em aprofundar essa informação fez com que retomássemos o campo da pesquisa para apreender se o usuário “conhecia um programa chamado PSF que significa Programa Saúde da Família”.

No que diz respeito à parcela que desconhece o PSF, tal programa foi identificado, até mesmo, como programa de televisão, tal como figura no excerto abaixo, ilustrativo de outros:

“Não, **esse programa já ouvi falar, mas eu não assisto não**, ele passa mais no canal união, é?”. [...] **ainda não assisti esse programa, eu mudo, eu não gosto de televisão**, não. [...] ouvi falar, não assisto”. (Usuária 34) (grifos nossos)

Dado os limites deste artigo, não desdobraremos significados desse material discursivo; contudo, lembramos que a Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990, assinala não só o conhecimento, mas a participação da comunidade na gestão do SUS, sendo esta participação materializada nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde. Desse modo, é preocupante que, a esta altura, persistam, no sistema de saúde brasileiro, lacunas no que se refere à divulgação de programas, políticas e serviços que os constituem. Constata-se, portanto, neste estudo, que a informação, a educação e a comunicação ainda se encontram, em certa medida, fragilizadas, devendo haver, assim, mais investimentos políticos e materiais nessas ações para que possam fortalecer e contribuir para o controle social em saúde nas distintas esferas de governo.

Sintetizados os aspectos nucleares do extenso material relativo a esse primeiro eixo, no qual já se insinuam várias insatisfações, na próxima seção, focalizaremos, especificamente, aspectos vinculados à insatisfação. Ao longo da análise, teremos a oportunidade de aprofundar e problematizar, igualmente, questões relativas à qualidade na interface com a integralidade e à humanização, dimensões estruturantes neste estudo.

Experiências de insatisfação dos usuários

A despeito das experiências de satisfação até aqui relatadas, muita ênfase foi dada à insatisfação e ao descontentamento, sobretudo quando o assunto se refere às especialidades médicas. E é no interior dessa contradição que o sistema se move e se debate. Os usuários demonstraram insatisfação no tocante: à falta de especialistas nos CSF, ao acesso a estas especialidades, à continuidade do tratamento em outras Unidades, à demora na entrega de exames especializados e, ainda, à burocracia para acessá-las:

“[...] não está muito satisfatório pelo seguinte: se você procura um clínico geral, o clínico geral vai lhe encaminhar pra o especialista que você quer; mas se eu preciso de um médico de pele aí não tem o dermatologista, então ele vai me encaminhar, eu tenho que passar no SAME, esse SAME vai verificar no computador qual a rede pública que tem vaga e o dia que vai ter. Às vezes, é uma espera longa de mil e trezentas pessoas, de quatro mil, cinco mil, isso varia muito. Assim são todas as especialidades; **é isso que não satisfaz nós que precisamos** - são as especialidades”. (Usuário 07) (grifos nossos)

Dentre os problemas percebidos por usuários do SUS, cujos achados o presente estudo corrobora, a falta de médicos, enfermeiros, hospitais, postos de saúde e demora de marcação de consultas e atendimentos foram os destaques no tocante aos problemas na área da saúde no Brasil²⁹.

No que concerne à “demora”, muitas vezes mencionada nos depoimentos, esta refere-se, exclusivamente, às filas de espera para especialidades médicas ou exames mais específicos não oferecidos no nível da APS. Quanto a isso, fica muito clara, nesta investigação, a insatisfação do usuário no tocante ao acesso aos serviços de saúde, sejam eles no nível secundário de atenção ou na própria atenção primária: “A gente chega e a gente diz mesmo assim: - Ei, uma ficha assim pra consulta, “Ah, não tem não, tem não, já ta tudo cheia, as vagas tão tudo cheia”. Aí, a pessoa volta pra casa muito triste porque não tem nem consulta; faz muito tempo que eu nem me consulto porque não tem” (Usuário 04).

A dificuldade de marcação de consultas, o número reduzido de fichas, dentre outros aspectos que ensejaram insatisfação do usuário, vêm sendo constatados em outros estudos e avaliações, como nos estudos de Souza et al.³⁰, Ferri et al.³¹ e Junqueira e Auge³². Esse cenário nos convida a refletir sobre o fato de que, não obstante a ampliação, em Fortaleza, do número de equipes de Saúde da Família e, conseqüentemente, o quantitativo de profissionais de saúde, ainda persistem, nos CSF do referido Município, dificuldades de acesso do usuário aos serviços de saúde, especificamente na realização de consultas. E, aqui, cabe indagar: como falar de integralidade e humanização em saúde se, ainda, não avançamos o suficiente para a universalidade?

No nível secundário, o grande problema destacado pelo conjunto dos usuários entrevistados, foi a tão citada “fila de espera”, como ilustra o depoimento: “[...] eu estou com dois anos na lista de espera e já tiraram meu nome e já botaram de novo; eu estou na lista de espera pelo medico de reumatismo e até hoje esse exame não saiu, eu não fui chamada” (Usuário 09).

Mesmo tendo sido considerada um benefício para a população a criação da Central de Marcação de Consultas³³, neste estudo, identificamos que sua operacionalização não atende o usuário no tocante ao acesso às especialidades médicas, bem como aos serviços e exames especializados.

“Um tempo desse, uma tia minha morreu porque precisava de uma tomografia [...] ela morreu...aí, foi que vieram ligar dizendo que a tomografia tinha saído da fila de espera; eu acho isso um absurdo, eu fiquei mais revoltada ainda”. (Usuário 28)

Faz-se imprescindível, pois, examinar, no escopo da integralidade e no interior das práticas assistenciais, o que vem sendo feito para a melhoria do acesso do usuário, sobretudo, aos serviços especializados não contemplados no nível da APS no município estudado. Tal problema se mostra tão crítico na percepção dos usuários participantes deste estudo, que eles não acreditam que haja uma solução, ou, caso esta exista, fica a critério dos níveis hierárquicos superiores: “[...] eu acho que não tem como resolver não, nem secretário de saúde e nada, ninguém pode fazer a não ser que mexam lá de Brasília [...] o presidente resolva, aqui no Ceará não tem como” (Usuária 13).

A PNAB³⁴ (p. 11) preconiza que, dentre os fundamentos da APS, temos o que trata de:

[...] efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços.

Mais adiante, este mesmo documento ministerial estabelece que, dentre o que compete às secretarias municipais de saúde e ao Distrito Federal³⁴, encontra-se “organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da APS”. Muito mais do que cumprir a legislação do país, propiciar a garantia do acesso do usuário para os níveis de maior complexidade é expresso como um desafio que deve ser problematizado por todos os sujeitos implicados nos serviços de saúde, sejam eles gestores do SUS, profissionais ou comunidade.

Outro aspecto importante retratado nesse estudo é que, embora tenha sido este tema referido como *item de satisfação*, o enfoque qualitativo adotado nesta pesquisa permitiu desvelar a ambivalência na fala dos usuários, apontando, também, experiências negativas referentes à consulta e ao atendimento do profissional médico, o que reforça a importância da indagação concernente à qualidade dos processos, em especial, na dimensão subjetiva, relacional.

Essa insatisfação revela-se de várias formas, tais como: desconfiança do médico em relação à queixa referida pelo paciente; a violação da privacidade no momento da consulta; necessidade de diálogo, timidez ante o poder-saber médico, como, também, a não-realização de um exame clínico de qualidade, se comparado com outros atendimentos.

“A porta era entreaberta; eu acho que pra gente conversar com o médico tem que ser a porta fechada e ela era sempre com a porta aberta”. (Usuária 04)

“[...] você já chega assim com tanto medo de abrir a boca e perguntar, aí aquela pessoa tá lá toda fria... é muito chato isso”. (Usuária 02)

No que tange aos elementos estruturais e organizacionais dos CSF (falta de médicos, insumos, medicamentos, marcação de consultas, dentre outros), podemos perceber que ter um atendimento de qualidade significa, para alguns usuários, ter acesso a medicações, mais profissionais de saúde em atuação nos CSF e cumprimentos de horários:

“[...] ter o medicamento e não faltar o medicamento para nós pobre né? [...]”. (Usuário 14)

“[...] receber os seus remédios e dizer o que sente e eles darem uma boa resposta à gente [...] E eu acho que é a melhor qualidade”. (Usuário 16)

“Eu acho que lá é um atendimento de qualidade porque os horários são rigorosamente cumpridos”. (Usuário 29)

Há que se ressaltar, mais uma vez, a importância da relação profissional – usuário no espaço da consulta, onde podem aflorar reflexões e atitudes no encontro entre esses atores. Para que o médico possa incorporar novos dados e informações para a compreensão do problema trazido pelo usuário, bem como que este tenha participação ativa, é necessária uma atitude aberta, de escuta atenta²⁴. Contudo, segundo a autora, “a escuta [...] é um dos aspectos mais comprometidos nas consultas”²⁴ (p. 27), assertiva que ressoa nos achados desta pesquisa atinentes a essa dimensão do processo de cuidar.

Digno de nota é a PNAB³⁴ prever, nas atribuições específicas do profissional médico, apenas atividades e procedimentos técnicos e assistenciais voltados para a prática “mecanicista” do médico, não incluindo aspectos relacionais e habilidades que propiciem atitudes mais “humanizadas” entre este e o usuário.

No que concerne à equipe do CSF, a despeito das referências positivas, encontramos queixas relativas a conflitos e dificuldades de comunicação, maus-tratos, descaso, que não se restringem aos médicos (ou aos profissionais): “[...] ela [a atendente] *desajudava*, porque a gente ia fazer uma pergunta a ela e ela toda ignorante com a gente, era toda *abusada* e a gente não podia aceitar uma coisa dessa, né? Ela tem toda obrigação de conversar com as pessoas; mas não, ela tratava a gente muito mal”. (Usuária 03)

Como vimos, não obstante experiências de satisfação na dimensão relacional, nessa mesma dimensão, evidencia-se uma forte insatisfação relativa a aspectos de relação interpessoal nos CSF investigados, interrogando a qualidade do cuidado em sua dimensão intersubjetiva. Salientamos que tais eventos, registrados no diário de campo e ora *triangulados* com as falas, foram muito incisivos nos depoimentos. No contraste com tais evidências, a forma cordial como são tratados pelos membros das equipes é um marcador de qualidade, tal como também constatado em vários estudos, como os de Ronzani e Silva¹⁹ e Ferri et al.³¹, ao concluírem que os usuários dão muita importância para o modo do trato, valorizando a incorporação de tecnologias leves³⁵ nos espaços de produção do cuidado.

Na mesma linha, no que tange à comunicação interpessoal entre profissional de saúde e usuário, este estudo se contrapõe ao descrito na investigação de Gaiosio e Mishina⁷, relativa à satisfação do

usuário no tocante às explicações dadas pelos profissionais de saúde de um Núcleo de Saúde da Família de Ribeirão Preto/SP. Em Fortaleza, a situação apresenta-se bem distinta: “Você vai no posto e vai três, quatro vezes, para conseguir uma coisa e não consegue. Às vezes, escrevem no papel - é isso aqui, escrevi hoje, vem amanhã; aí, quando chega lá, dizem assim: “não, pode não, foi não” aí fica e volta para trás de novo, é muito chato lá [...]” (Usuário 15).

As falas demonstram claramente a urgência de mudanças na prática assistencial, incorporando atitudes que privilegiem a escuta ao outro e a abertura ao diálogo. Pensar a saúde tomando-a como fenômeno humano complexo, intrinsecamente vinculado a como as pessoas vivem em seus cotidianos e qual a sua percepção sobre o *adoecer* e o *ter saúde*, inserindo, nos processos avaliativos, a dimensão simbólica do cuidar. “Na verdade, é como dizem: como somos pobres, a gente não tem serviço de qualidade mesmo. Porque para isso a gente vai ter que pagar [...] que na verdade não tem boa qualidade porque é um serviço público e são várias pessoas que estão ali querendo ser atendidas, pessoas pobres [...]” (Usuária 03).

A comparação “público” e “privado” é evocada nas narrativas dos usuários e é identificada como um elemento de qualidade dos serviços ofertados. O serviço público de saúde torna-se, *grosso modo*, marginalizado e tido como sem qualidade. Ao lado disso, encontra-se uma massificação de propagandas e manchetes na imprensa, muitas delas mostrando apenas os limites existentes em alguns serviços públicos de saúde, não sendo divulgadas, também, suas potencialidades, amplificando essa representação.

Considerações finais

Este trabalho coloca em pauta questões de suma relevância para a política setorial, mediante o fortalecimento e qualificação da qualidade dos serviços de APS no município de Fortaleza/Ceará, apontando elementos que poderão ser utilizados e trabalhados em outros territórios, não somente aquele focalizado neste estudo. Ao lado disso, as contribuições aqui apresentadas visam enriquecer a literatura nacional sobre a temática, ainda escassa nas bases bibliográficas. Assim sendo, este estudo possibilitou conhecer dimensões intrinsecamente relacionadas à satisfação/insatisfação do usuário com a qualidade da assistência prestada no âmbito da APS, cabendo reiterar que esse aspecto, há algum tempo, vem sendo considerado resultado da assistência, com impactos importantes nos sistemas de saúde.

Como parte inerente e imprescindível para avaliação em saúde voltada para a melhoria da qualidade dos serviços, a satisfação do usuário permite aperfeiçoar os processos de organização dos serviços; planejamento em saúde; processos decisórios no nível da gestão, como, também, ressignificar as proposições de políticas públicas de saúde para os diversos níveis de atenção, além de retroalimentar os processos de trabalho em saúde. Os elementos aqui expostos evidenciam, claramente, a importância de estudos orientados pelo enfoque qualitativo de pesquisa em saúde.

Podemos assinalar que este estudo nos revela a *unanimidade* na busca por uma prática profissional, seja do médico ou dos demais profissionais da saúde que atuam nos CSF participantes desta investigação, mais humanizada, acolhedora, isto é, onde a escuta, o toque, o diálogo, o olhar e a sensibilidade se façam presentes nas relações. Desvela, ainda, o desafio de assegurarmos, na prática, o princípio da integralidade, numa perspectiva complexa e multidimensional.

O que aqui mostramos aponta para a importância do diálogo como meio de fortalecimento profissional e pessoal dos sujeitos, isto é, aponta para a urgência de se cultivar a arte de dialogar nas práticas assistenciais no âmbito da saúde pública. Desvela, ainda, quanto é profícuo para os projetos que visam avaliar programas, políticas e serviços públicos, inserir a óptica do usuário, tendo em vista o seu potencial e capacidade de vocalizar limites e potencialidades que, sobremaneira, transversalizam tais esferas, e permanecem silenciados nos modelos tradicionais de pesquisa, nos quais a subjetividade não se insere.

Colaboradores

Carlos André Moura Arruda e Maria Lúcia Magalhães Bosi participaram da elaboração conceitual, delimitação do objeto e do desenho do estudo. O trabalho de campo foi desenvolvido por Carlos André Moura Arruda. Os dois autores participaram da categorização do material da etapa interpretativa, análise do material qualitativo e da construção deste artigo, bem como revisaram e aprovaram a sua versão final.

Referências

1. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, Abrasco; 2006. p. 43-68.
2. Pinheiro R, Guizardi F. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Cepesc, UERJ, Abrasco; 2006. p. 21-36.
3. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco; 2006. p. 69-116.
4. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação qualitativa de programas de saúde: contribuições para propostas metodológicas centradas na integralidade e na humanização. In: Bosi MLM, Mercado-Martínez FJ, organizadores. Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: Vozes; 2006. p. 87-117.
5. Oliveira BRG, Collet N, Viera CS. A humanização na assistência à saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2006; 14(2):277-84.
6. Contandriopoulos A, Champagne F, Denis J, Pineault R. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
7. Gaioso VP, Mishina SM. User satisfaction from the perspective of acceptability in the family health scenario. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(4):617-25.
8. Tahara ATS, Lucena RAPV, Oliveira APP, Santos GR. Satisfação do paciente: refinamento de instrumentos de avaliação de serviços de saúde. Rev Bras Enferm. 1997; 50(4):497-506.
9. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários. Cienc Saude Colet. 2005; 10 Supl 1:303-12.
10. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. Cad Saude Publica. 2006; 22(6):1267-76.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades: Fortaleza. 2014 [acesso 2014 Jun 5]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza>
12. Fortaleza. Secretaria da Saúde. Relatório de Gestão 2010: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza: SMS; 2011.
13. Schwandt TA. The sage dictionary of qualitative inquiry. Califórnia: Sage; 2007.

14. Kandel L. Reflexões sobre o uso da entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião. In: Thiollent MJM, organizador. *Crítica metodológica, investigação social e enfoque operário*. São Paulo: Polis; 1987. p. 25-46.
15. Michelat G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: Thiollent MJM, organizador. *Crítica metodológica, investigação social e enfoque operário*. São Paulo: Polis; 1987. p. 191-211.
16. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27.
17. Gadamer HG. *A extensão da questão da verdade à compreensão nas ciências do espírito: verdade e método*. Petrópolis: Vozes; 1997.
18. Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do programa saúde da família no Ceará: a satisfação do usuário. *Rev Baiana Saude Publica*. 2007; 31(2):256-66.
19. Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(1):23-34.
20. Ferreira ABH. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 2a ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986.
21. Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(6):1487-94.
22. Lima IMSO, Alves VS, Franco ALS. A consulta médica no contexto do Programa Saúde da Família e o direito da criança. *Rev Bras Cresc Desenvolv Hum*. 2007; 17(3):84-94.
23. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas; 2009.
24. Sucupira ACSL. Estrutura da consulta. In: Leite AJM, Caprara A, Coelho Filho JM, organizadores. *Habilidades de comunicação com paciente e famílias*. São Paulo: Sarvier; 2007. p. 11-46.
25. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 1999; 15(2):345-53.
26. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da rede pública de serviços. *Cad Saude Publica*. 1998; 14(2):355-61.
27. Leopardi MT. Necessidades de saúde e cidadania. *Texto Contexto Enferm*. 1992; 1(1):54-79.
28. Trad LAB, Bastos ACS, Santana SEM, Nunes MO. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do programa de saúde da família (PSF) na Bahia. *Cienc Saude Colet*. 2002; 7(3):581-9.
29. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). *Pesquisa Nacional de Satisfação do Usuário dos Serviços Públicos*. 2000 [acesso 2010 Maio 28]. Disponível em: http://aval_ppa2000.planejamento.gov.br/content/aspectos_gerais/pesquisa_nacional.htm
30. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AAC, Rocha PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 Supl 1:100-10.
31. Ferri SMN, Pereira MJB, Mishima SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23):515-29.
32. Junqueira LAP, Auge APF. Qualidade dos serviços de saúde e satisfação do usuário. *Cad FUNDAP*. 1996; 19(60):78.

33. Copque HLF, Trad LAB. Programa saúde da família: a experiência de implantação em dois municípios da Bahia. *Epidemiol Serv Saude*. 2005; 14(4):223-33.
34. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional da Atenção Básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2012.
35. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2005.

Arruda CAM, Bosi MLM. Satisfação de los usuários de la atención primaria: estudio cualitativo en el Nordeste del Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):321-32.

Ese estudio se centra en la satisfacción del usuario respecto a la atención primaria en la red pública de servicios, de Fortaleza, Nordeste del Brasil. Efectuamos un estudio cualitativo con 43 usuarios de unidades de salud distribuidas en la ciudad. La técnica utilizada fue la entrevista no directiva, asociada a la observación libre, registrada en diario de campo. El material discursivo fue analizado bajo la vertiente hermenéutico-crítica. Los resultados evidencian satisfacción referente a la expansión de la cobertura y del acceso, aunque siguen habiendo desafíos. Los usuarios demostraron insatisfacción con la falta de especialistas; barreras de acceso a las especialidades y poca integración entre servicios. Se destacan los relatos que acentúan la importancia de la dimensión relacional, especialmente la acogida. Se reafirma la relevancia del enfoque cualitativo en estudios sobre satisfacción de los usuarios, en las evaluaciones en salud.

Palabras clave: Evaluación en salud. Satisfacción del usuario. Investigación cualitativa. Atención primaria de salud. Salud pública.

Submetido em 07/12/15. Aprovado em 21/05/16.

Retórica na divulgação científica do imaginário de vida e saúde:

uma proposta metodológica de análise

Madel Therezinha Luz^(a)
 Alcindo Antônio Ferla^(b)
 Anderson dos Santos Machado^(c)
 Rafael Dall Alba^(d)

Luz MT, Ferla AA, Machado AS, Dall Alba R. Rhetoric on scientific dissemination of life and health imagery: a proposal for methodological analysis. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):333-47.

This paper analyzes the symbolic role of Biosciences in the imagery of life and health, presenting results of observational research of science magazines found on newsstands in three Brazilian cities: Rio de Janeiro, Duque de Caxias and Porto Alegre. It presents a synthetic analysis of the observation of newsstands and the set of covers exposed in them, using illustrative tables, according to a scheme of interpretation of the rhetoric present in these covers. We note that the meanings resulted of image/word symbiosis spread by periodicals, are persuasive tools on the universe of representations and social practices concerning a supposedly healthy lifestyle.

Keywords: Social imaginary. Biosciences. Media divulgation. Rhetoric of life and health.

Este artigo analisa o papel simbólico das Biociências no imaginário de vida e saúde, apresentando resultados de uma pesquisa de observação de capas de revistas de divulgação científica encontradas em bancas de jornais em três cidades brasileiras: Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Porto Alegre. Apresenta uma análise sintética da observação das bancas e do conjunto de capas nelas expostas, utilizando quadros ilustrativos, segundo um esquema de interpretação da retórica presente nessas capas. Constatamos que os sentidos resultantes da simbiose imagem/palavra, difundidos pelos periódicos, são instrumentos persuasivos no universo de representações e práticas sociais concernindo um suposto viver saudável.

Palavras-chave: Imaginário social. Biociências. Divulgação midiática. Retórica de vida e saúde.

^(a,b,c) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PPGCol/UFRGS).
 madelluzz@gmail.com;
 ferlaalcindo@gmail.br;
 andersonsmachado@gmail.com

^(d) Rede Governo Colaborativo em Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil. rafasaudecol@gmail.com

Introdução

Este artigo sintetiza interpretações das atividades do projeto “A ciência como cultura no mundo contemporâneo: divulgação midiática de saberes científicos e construção do imaginário social”, desenvolvidas entre 2012 e 2014^(e), na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com pesquisadores da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), apresentando proposta metodológica de análise de capas selecionadas de revistas, considerando a simbiose imagem/palavra como núcleo originário da retórica de sentidos e significados atribuídos à vida e à saúde como o foco central de nossa análise.

Privilegiamos a análise ilustrativa de sentidos e representações recorrentes na divulgação científica dos veículos presentes nas bancas de jornal. Nosso foco centrou-se na informação de ciência e tecnologia produzida e publicada por cientistas/especialistas no cenário editorial das bancas de revista, objetivando a educação científica a partir do compartilhamento do conhecimento^(f).

Entendemos a relevância de observar a transição do debate científico para o cenário editorial, reconhecendo a função social do relato midiático como uma construção representativa da realidade capaz de produzir efeitos práticos, sejam de mobilização/desmobilização, controle/liberação social². Objetivamos, com isso, interpretar a retórica presente nessas práticas e os modos como esta produção específica de sentidos pode influenciar o imaginário, assumindo, por vezes, caráter normativo³⁻⁵.

Procuramos identificar o poder simbólico das Biociências, gerado por meio da reprodução contínua de conhecimentos sobre a regulação da saúde e adoecimento. Constitui um *imaginário* impregnado de informações científicas, carregado de *significados* e *sentidos* sociais, gerados e difundidos por intermédio de representações, modos de pensar, sentir, agir, avaliar⁶⁻⁹.

Embora portadoras de sentidos, as mensagens resultantes nem sempre são constituídas de palavras, mas, também, por imagens, num processo de simbiose. Entendemos que tratá-las em separado, como fazem tradicionalmente a linguística e a semiótica, seria insuficiente para identificar os sentidos que emergem das mensagens compartilhadas e processadas coletivamente. São reforçadas, nesse processo, *representações sociais* que difundem esquemas mentais coletivos e individuais, elaborados a partir das relações sociais vigentes¹⁰. Condicionam, desta forma, padrões de atitudes, sentimentos, ações e interações. Percebemos que é gerada uma retórica que produz sugestionamentos sutis, mas com força de consolidar modelos de condução da vida, para além do ordenamento tácito do discurso ou da simbologia imagética compartilhada.

Desta forma, neste estudo necessariamente interdisciplinar, cabem interrogações: que papel cumpre a divulgação das Biociências sobre saúde e vida na cultura contemporânea? Estaríamos no limiar de uma cultura de prevenção com estritos parâmetros de normalização da vida? Haveria projetos, como o de uma *cultura social da saúde*, presentes na Saúde Coletiva¹¹. Ou seria o de instaurar, como postula Sfez¹², uma *saúde perfeita*, vislumbrando utopicamente a maximização da vida biológica? Ou, ainda, da superação científica dos limites humanos, em busca de um “transumanismo” possibilitado pela máquina?

A divulgação cotidiana de ensaios, temporariamente comprovados, alinhada com representações, concepções e ideologias persistentes nas Biociências, tende, não só, a ratificar, como *reforçar* verdades em pesquisas/ inovações tecnológicas. O compartilhamento das produções geradas das Biociências transpõe o espaço acadêmico. As revistas de divulgação científica comercializadas em bancas são um potente canal de difusão dessas pesquisas.

^(e) Houve análise dos dados entre abril de 2012 e março de 2013, e volta ao campo buscando complementar dados no segundo semestre de 2013 e no primeiro semestre de 2014.

^(f) Diferenciamos *divulgação científica* do jornalismo científico produzido por jornalistas a partir de informações coletadas de fontes do campo científico. O *jornalismo científico* incorpora apuração jornalística à circulação de informações científico-tecnológicas. Também distinguimos *divulgação científica* e *difusão científica* (comunicação científica). A *difusão científica* é realizada por publicações voltadas para especialistas familiarizados com temas, conceitos e processos de produção científica, compartilhadas entre grupos de pares, que partilham objetos de pesquisa. É pela difusão científica que a produção dos pesquisadores é tornada matéria-prima para o desenvolvimento científico, seguindo rigores e ritos característicos do modelo acadêmico¹.

[©] Visando à comparação sociocultural dos locais, considerado o tipo de revistas em estudo, foram acrescentados, em 2014, pontos de observação na cidade de Duque de Caxias e em um bairro periférico do Rio de Janeiro.

^(h) *Leitura flutuante* é o percorrer atentamente com os olhos o todo das páginas das revistas, sem atenção concentrada no conteúdo do artigo, buscando palavras-chave recorrentes importantes para o estudo. Uma vez identificada a palavra-chave, procura-se o contexto de frase para se apreender eventual “indução retórica” no parágrafo lido. Trata-se de uma técnica qualitativa de análise, importante para apreender-se a normatividade, por meio do convencimento, implícita no discurso dos meios de comunicação de massa, como acontece em publicidade e propaganda¹³.

[Ⓚ] Foi realizada uma “busca” virtual de capas em sites de revistas de divulgação científica para caracterizar: a especificidade de periódicos, a periodicidade dos mesmos, e os tipos de edição e de editoras.

[Ⓛ] Consideramos que uma amostra pequena, sistemática, pode ser mais precisa que uma grande amostra de materiais escolhidos ao acaso. Bauer¹⁴ constata que 12 edições selecionadas, aleatoriamente, de um jornal diário fornecem uma estimativa confiável do perfil de suas notícias anuais. Representatividade, tamanho da amostra e divisão em unidades temáticas dependem, em última instância, do problema da pesquisa, que determina o referencial teórico a ser utilizado. Neste projeto, optamos por uma abordagem qualitativa para a seleção e análise da retórica presente nos veículos.

Observando o ambiente onde se expõem essas revistas, percebemos outras publicações, ditas “populares”, que apresentam, também, reportagens sobre supostas pesquisas de saúde e qualidade de vida: alimentação saudável, exercícios físicos, prevenção de doenças crônicas, etc³. Estas publicações foram objeto de análise, em menor número, a título de comparação com o grau de proximidade do discurso científico.

Do ponto de vista metodológico, interessa-nos mais o tom *convincente* da combinação imagem/palavra que a veracidade do conteúdo expresso pelo discurso, em termos informativos, comunicativos ou ideológicos. Interessa-nos, sobretudo, compreender como esta simbiose imagem/palavra sobre vida, saúde e doença pode exercer um *pathos* retórico sobre sujeitos, originado do repertório discursivo das Biociências³.

Desenvolvimento do campo

As cidades e locais de bancas de jornais escolhidos para a observação situam-se em pontos de grande circulação cotidiana de pessoas: bairros residenciais ou centros comerciais³. Os locais representam importantes centros urbanos, que ajudam a descrever as nuances do mercado editorial brasileiro.

Para a pesquisa, foram visitadas 26 bancas em nove bairros das cidades do Rio de Janeiro, Duque de Caxias e Porto Alegre^(g), em dois semestres entre 2012 e 2014³. Sintetizamos o trabalho de campo em quadros-resumo (Quadro 1), apresentando análises relativas à observação das bancas. Para a interpretação do material coletado³, foram elaboradas ilustrações sintéticas do esquema conceitual e suas categorias (Figuras 1 e 2), aplicadas à análise das capas de revistas.

Num primeiro momento, a aproximação com o conteúdo retórico dos periódicos foi por *leitura flutuante*^(h) de capas e alguns artigos mais próximos dos temas das capas. Conversas informais com responsáveis serviram de parâmetro inicial para a aproximação do universo sociocultural das bancas. Essas informações permitiram uma melhor compreensão da disposição dos periódicos nas vitrines e no interior das bancas. Destacou-se que capas com o tema de saúde ganham espaços de maior visibilidade, pois são frequentemente demandadas pelos consumidores.

Para descrever a inserção social das bancas e suas diversas funções no território em observação, e a disposição de jornais e revistas nas mesmas, foram realizados registros fotográficos, apontamentos e conversas informais com responsáveis pelas bancas. Foram observados outros itens comercializados e a relação com a comunidade do entorno, que as torna locais de sociabilidade urbana. Nesse período foram coletadas cerca de duzentas fotografias, das quais foram selecionadas 25, centradas em bancas e capas com a temática de vida, saúde e alimentação, buscando-se apreender e descrever a disposição das revistas no espaço⁽ⁱ⁾, sendo irrelevante para a análise a representatividade amostral¹⁴ das capas^(j). Não se buscou identificar a quantidade de bancas nem a frequência das edições. Procurou-se apreender, visualmente, elementos do espaço social no qual as bancas estão inseridas, bem como os sentidos que foram se destacando como mensagem comum no mosaico de revistas que compõem as vitrines. As fotografias serviram de suporte para a descrição do contexto social do cenário midiático.

Para tanto, a obtenção de dados coletados nas bancas levaram-nos à constatação da exigência de abordagem e tratamento metodológico específicos³. Primeiro, foi ratificado o consenso, na Comunicação Social, de que o público, geralmente, decide-se a comprar as publicações pelo interesse despertado pelo que é sugerido nas capas²: os temas e sua apresentação gráfica mobilizam a

Quadro 1. Tempo de pesquisa e caracterização socioespacial por localidade

	RS Porto Alegre	RJ Zona Sul - Rio de Janeiro	RJ Botafogo	RJ Zona Norte	RJ Duque de Caxias	Busca virtual
Tempo de pesquisa	3 meses	12 meses	4 meses	4 meses	4 meses	2 visitas em cada site
Bairros visitados	Centro, Independência, Bom Fim, Farrroupilha	Catete e Flamengo	Botafogo	Jardim América	Centro de Caxias	Sites das editoras
Perfil social do(s) bairro(s) pesquisado(s)	Região de classe média; áreas residenciais; grande fluxo de pessoas durante a semana (horário comercial); dois grandes hospitais na região.	Intenso turismo (nacional e internacional); comércio abundante; clínicas de todo tipo; Parque do Flamengo (palco eventos esportivos e musicais).	Intenso turismo (nacional e internacional); comércio abundante; clínicas de todo tipo; espaço gastronômico e cultural	Bairro de classe média baixa; rodeado por comunidades pobres; fronteira com Vigário Geral.	Região de classe média; áreas residenciais e comerciais; grande fluxo de pessoas durante a semana (horário comercial).	Espaço virtual organizado pelas próprias editoras dos periódicos.
Contexto das bancas	Grande quantidade de bancas de revistas na região.	Grande quantidade de bancas de revistas na região.	Jornais nacionais e estrangeiros; revistas de Filosofia, Psicanálise e História; periódicos de música com CDs; revistas voltadas para o corpo, saúde e estética.	Pouco diversificado; na parte externa: jornais e revistas populares e publicações de concursos; outros periódicos são pouco frequentes.	Bancas grandes instaladas no centro da cidade, similares ao centro e zona sul do RJ; diversos tipos de revistas, inclusive, as voltadas para corpo, saúde e estética.	Foi procurado o espaço de assinaturas, destinado à tomada de decisão do futuro leitor.
Bancas visitadas	11 visitadas: 3 no Bairro Farrroupilha; 2 no Bairro Bom Fim; 2 no Bairro Independência; 5 no Bairro Centro	10 visitadas: 5 na rua do Catete; 1 na Rua Correia Dutra; 1 na rua Dois de Dezembro; 3 no Largo do Machado		3 visitadas: 2 na Rua Franz Liszt; 1 esquina da Avenida Brasil.	1 banca	
Localização dos periódicos	Revistas sobre saúde são destaque nas vitrines e expositores externos das bancas. No interior, elas estão geralmente no primeiro plano, logo na entrada.	Revistas de divulgação científica colocadas na entrada e na vitrine das bancas. As revistas de temáticas semelhantes são dispostas próximas umas das outras.	As revistas que abordam as questões da saúde são expostas na altura do campo visual. Algumas ficam em destaque, sendo visualizadas de longa distância.		Jornais populares e publicações de concursos em destaque. Revistas de divulgação científica são raras e ficam ocultas no interior da banca. Nenhuma publicação das ciências humanas.	

escolha do cliente. Não é critério significativo, no estudo, a inclusão de assinantes e de leitores “virtuais” destas revistas. Para nós, não é relevante a *demanda*, mas a *oferta* de mensagens e as estratégias de convencimento capazes de capturar o leitor pelo que ele “vê”.

As capas são constituídas por imagens reforçadas pelas palavras. Cria-se um processo de poder simbólico que sugere, ao leitor, o **convencimento** pelo qual o que está sendo dito/mostrado é digno de crédito em termos de verdade e deve ser *seguido* pelo mesmo enquanto consumidor².

A retórica é descompromissada com a produção da verdade, tendo como objetivo a atração e o convencimento, seja na política, no direito ou, mesmo, na arte^{15,16}. Propusemos que a interpretação se embasasse em procedimento metodológico em que a questão do conteúdo da mensagem (sua “verdade” ou “inverdade”) não fosse o núcleo da análise¹⁷. Isto se evidencia quando se analisam *imagens* (nem sempre **fotos**, frequentemente fotomontagens sofisticadas, geradas por computação gráfica). Essa produção imagética reitera a normatividade implícita na retórica das capas, no decorrer das edições. Não nos importa tanto a temática, mas sua força de convencimento, em face dos modos específicos de vida orientados pelas Biociências.

Orientação conceitual e análise do trabalho de campo

A simbiose imagem/palavra, núcleo dessa análise, denota referência a signos culturais importantes³, aliando-se a palavras-chaves que funcionam com sentidos que as reforçam simbolicamente, em comunicação reiterada de mensagens, num contexto de transmissão de sentidos “convincentes”¹⁸. Denominamos de *retórica da vida e saúde* o conjunto de sentidos das mensagens imagéticas relativas à normatização da vida e do viver, ao corpo e sua manutenção biológica, considerando o conjunto *imagem/palavra* como um **todo imagético retórico**, isto é, em simbiose simbólica. Entendemos este processo merecedor de um tratamento metodológico específico, pois nem as habituais análises de conteúdo discursivo, nem a semiótica clássica, respondem às questões levantadas pelo projeto^{3,6}.

Em termos teóricos, este processo social de difusão nos situa no **universo simbólico**, dimensão irreduzível da cultura, de acordo com Levi-Strauss¹⁷⁻²⁰. Situa-nos na produção coletiva dos sentidos, significados, representações sociais^(k) e discursos^{2,10,21}, variáveis com as civilizações na história, mas tendo um *léxico* próprio de difusão, nunca destituído de poder⁷. Socialmente produzidos e partilhados, são referentes ao conjunto de significantes culturais recorrentemente presentes em culturas complexas, nas quais há pletera de mensagens veiculadas sob forma de informação. Embora portadoras de sentidos, essas mensagens nem sempre são constituídas de palavras^{19,22}. Na cultura contemporânea, a imagem assumiu papel predominante na veiculação de sentidos e de representações sociais, tendo forte impacto no imaginário social.

assim se constitui o *imaginário social* nas culturas⁶, que nos conduz à abordagem socioantropológica de significados e discursos sociais, sua origem e os papéis que cumprem em cada cultura. Além disso, remete-nos aos *modos* como são socialmente *difundidos*, situando-nos na interface dos campos da Comunicação Social, Sociologia da Comunicação e Saúde Coletiva².

Desempenha, também, papel significativo na comunicação entre indivíduos, grupos, redes e instituições sociais, multiplicado pelas possibilidades de trabalhar a imagem nas mídias virtuais. Em nosso estudo, a imagem torna-se importante na medida em que, em simbiose com a palavra, gera retórica à vida e saúde^{2,14,22,23}.

^(k) O conceito/categoria representação social adquiriu no século XX, desde o clássico Durkheim, importância crescente nas Ciências Sociais. Foi trabalhado por diferentes autores em diferentes disciplinas, como: Sociologia, Antropologia, Psicologia e Comunicação Social. Neste texto seguimos abordagem *sociológica* do conceito, iniciada por Durkheim, continuada por Gurvitch, Bourdieu e outros clássicos. Apesar da presença de autores ligados a Psicologia Social, como Spink^{9,13}, adotamos definição conceitual coerente com nosso objeto de pesquisa, pela complexidade da teorização do imaginário contemporâneo.

Esta união simbiótica entre imagens e palavras-chave, num discurso sedutor sobre o viver¹¹, isto é, numa *retórica discursiva da vida*, pode ser analisada de acordo com os esquemas propostos, preservadas as conexões entre os elementos conceituais de nossa base teórico-metodológica. O universo simbólico pode ser esquematicamente representado conforme linhas/setas da Figura 1.

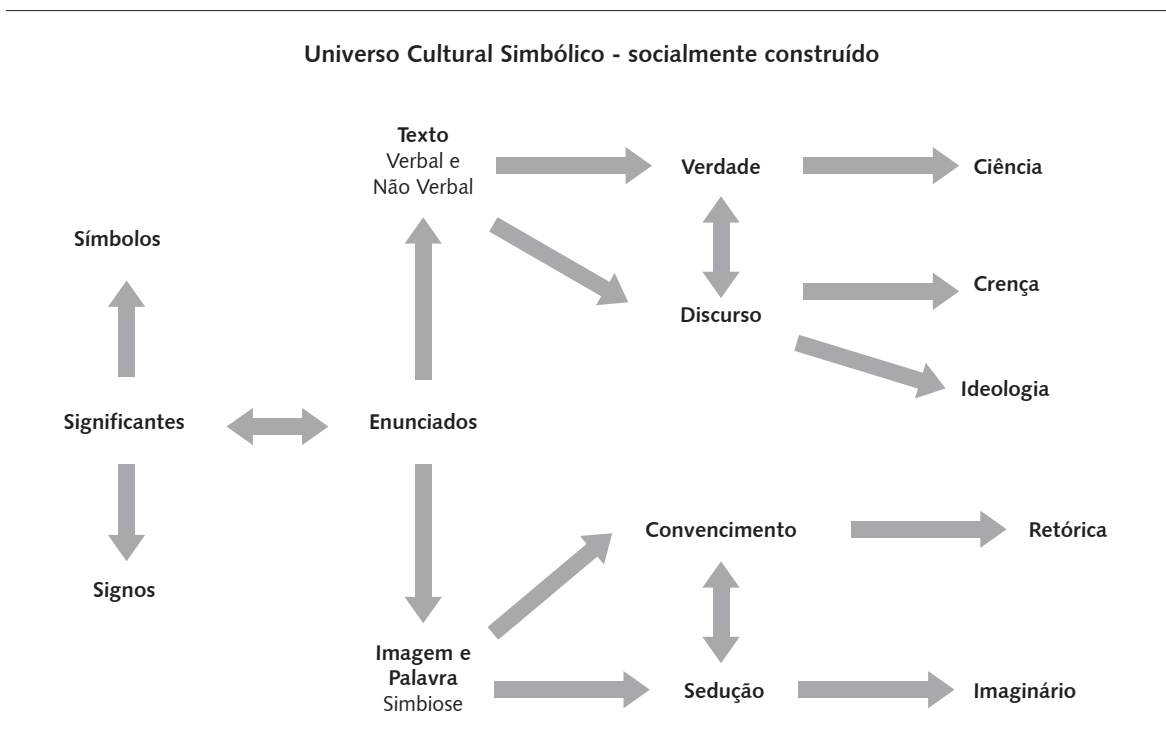


Figura 1. Esquema para análise da observação das bancas

Fontes: Luz et al.³; Luz, Sabino⁶; Silva¹⁵; Barthes¹⁹.

Na figura, propomos que elementos simbólicos (símbolos, significantes, signos) atuem em correlação com o enunciado, constituindo interfaces com o texto (verbal/não verbal), e, na conexão com a imagem, atuando em simbiose. A partir da relação verdade e discurso, são geradas bases para atuação da ciência (verdade), da crença e da ideologia (discurso), ainda que verdade e *discurso* estejam em relação, em menor grau, com essas outras instâncias. A simbiose imagem e palavra, *convencimento* e *sedução*, embasa a retórica (busca de convencimento) no imaginário (processo de sedução), atuando em correlação, embora variável em graus.

No nível teórico de análise, reestruturamos os elementos conceituais de base, anteriormente ilustrados, de modo a estabelecer correspondências entre eles, em função do núcleo central do objeto de pesquisa. Reorganizamos, assim, o todo, visando a dar mais organicidade e movimento ao processo de análise, ilustrando o convencimento do leitor acerca dos temas de divulgação científica presentes nas capas selecionadas.

A análise/interpretação da observação considera os elementos conceituais esquematicamente alinhados na Figura 2.

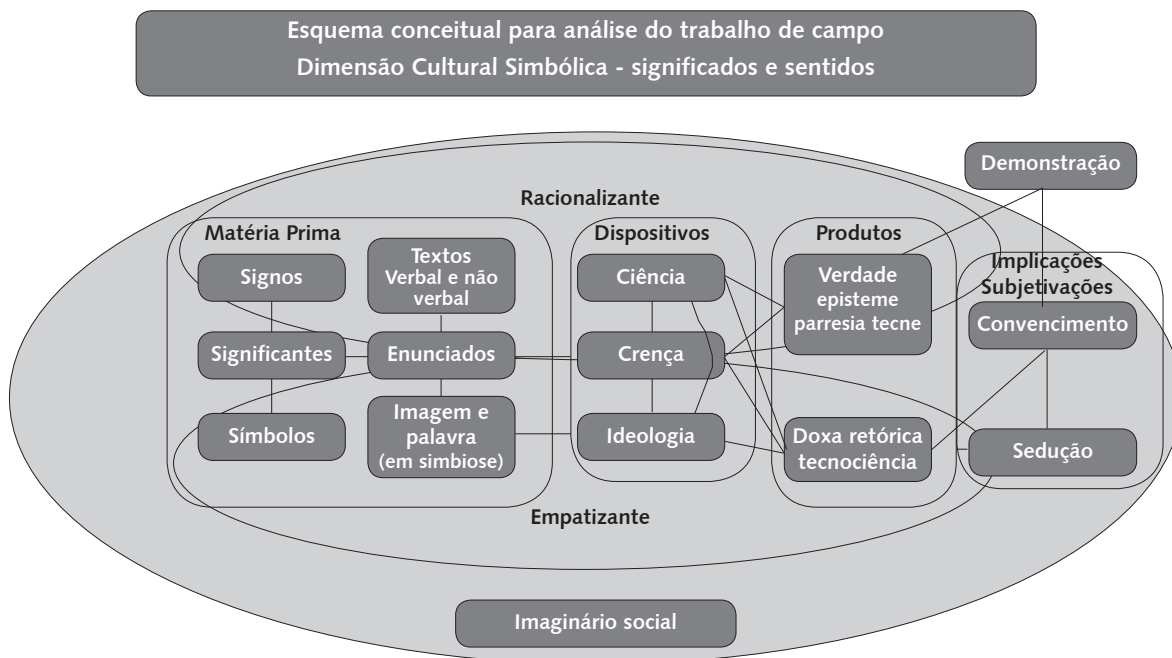


Figura 2. Esquema conceitual para análise do trabalho de campo

Fontes: Luz et al.³; Luz, Sabino e Mattos⁶; Sfez¹²; Silva¹⁵; Aristóteles¹⁶; Moles¹⁸; Barthes¹⁹; Epstein²⁰; Joly²¹; Foucault²⁴.

Caracterizamos aqui, como conjunto de *dispositivos de produção de verdades*^{4,22}, campos de produção discursiva em que a **verdade** tem papel preponderante em seus saberes e práticas. Destacamos, neste sentido, a *ciência*, a *ideologia* e a *crença*, religiosa ou laica. Embora não representada nos esquemas propostos, constata-se papel crescente da mídia, inicialmente operadora de dispositivos de verdades, a tornar-se, ela mesma, um dispositivo produtor de verdades/ciência, sobretudo, *Biociências*.

Foucault afirma que os dispositivos de produção de verdades atuam como conjunto cultural decididamente heterogêneo, englobando: discursos, instituições, organizações arquitetônicas, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, e morais. Em suma, o dito e o não dito são elementos básicos do dispositivo, que é, de fato, *a rede que se pode tecer* entre estes elementos²⁴.

Os dispositivos de produção de verdade atuam como processadores estruturais da *matéria-prima simbólica*, constituída tanto por *elementos de linguagem* (texto, enunciados e imagem/palavra) quanto *semióticos* (signos, significantes e símbolos). Para que esses dispositivos de produção de verdades se constituam como tal, é necessário analisar esta matéria-prima simbólica. Ela pode ser descrita como o substrato simbólico que fornece elementos de base interpretativa tanto para produção do imaginário, como para a análise dos materiais coletados em campo.

Sugerimos, na Figura 2, que a matéria-prima simbólica, processada pelos dispositivos, assume diferentes configurações de sentidos, que podem colocá-la na instância discursiva de produção de verdades: *episteme, parresia e tecné*; ou no plano de produção de *doxa: retórica e tecnociência*⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Entendemos que a tecnologia e a *tecnociência*, em particular, têm um poder de convencimento discursivo contemporâneo tão poderoso quanto a *ciência moderna*, estabelecendo verdadeiros "dogmas laicos", ainda que temporários. É um poderoso dispositivo produtor de verdade.

Os produtos científicos, vistos como isentos, neutros do ponto de vista da verdade, só têm peso *epistemológico*, gerando convencimento, após o processo de experimentação/demonstração* característico do método científico. Vale sublinhar que *ideologia* e *crença* também geram convencimento com magnitude igual ou, mesmo, superior à da ciência na produção de verdades.

Entretanto, a ciência, como saber enraizado em princípios doutrinários implícitos, pode alimentar a via discursiva da *retórica* e seus processos, influenciada por correntes, doutrinas e ideologias, evanescendo o valor simbólico da *demonstração científica*, base epistemológica na tradição cartesiana. Aproxima-se, assim, o caráter demonstrativo da ciência da crença e ideologia, levando ao *convencimento*, por meio de dinâmica *retórica*.

Descrição analítica das bancas de revista

Para a caracterização socioespacial das bancas, destacamos a frequência e persistência de temas das Biociências nas capas, bem como sua repetição no tempo e em locais das bancas. Entendemos, como parte da caminhada metodológica, que é no processo da pesquisa que o campo indica ferramentas e passos necessários para a análise²⁵. Ir a campo foi necessário para entender a inserção social das bancas e o contexto no qual as mensagens que emergem das capas estava inserido. Bourdieu²⁶ nos fala da geração do conhecimento socioantropológico, das ciências humanas em geral, na contínua construção dos “sujeitos” (temas) de investigação, num processo no qual os instrumentos conceituais e metodológicos se aperfeiçoam no desenvolvimento da investigação, conceitual ou empírica. A atividade da pesquisa, vista como prática social em construção, é a matriz geradora dos instrumentos conceituais e metodológicos úteis às ciências sociais, utilizados no processo da pesquisa como caixa de ferramentas (*boite à outils*).

Para tanto, desenvolvemos uma observação “silenciosa” dos locais selecionados, observando, de certa distância, o movimento das vendas. O objetivo foi comparar as bancas dos diferentes locais, no sentido de aferir as publicações mais vendidas para caracterizar socialmente seus consumidores. Conversas informais com responsáveis de bancas ajudaram a identificar: possíveis alinhamentos específicos no espaço, quais os títulos mais vendidos, e em que períodos de tempo (semanal, mensal, etc.).

As bancas costumam ofertar, além de venda de periódicos, serviços na área em que se situam, sendo um ponto de referência e sociabilidade. O responsável pela banca, geralmente, é visto como conhecedor da região, um informante de lugares sociais urbanos (ruas, pontos turísticos e comerciais, instituições de saúde, restaurantes, etc.).

Assinalamos, assim, “*funções sociais*”^(m) que costumam desempenhar as bancas no contexto socioespacial. Estas funções variam consideravelmente, respondendo por demandas da população no entorno. Há uma **demanda social** constante de variados produtos para além de revistas e jornais, sendo possível enumerar os itens de produtos à venda⁽ⁿ⁾.

Com base na diversidade de produtos disponíveis, fizemos uma aproximação sociocultural com as “*drugstores*” americanas da primeira metade do século XX, tanto do ponto de vista do consumo como da sociabilidade característica desses locais, onde a circulação do consumidor permite o acesso ao artigo desejado, sendo que as bancas situam-se no ambiente aberto, enquanto as *drugstores* em grandes espaços fechados, como armazéns^(o). As bancas podem ser vistas, ousamos dizer, como “*drugstores compactas*”.

^(m) As aspas em *funções sociais* significam que não o assumimos aqui como conceito da teoria funcionalista, mas como conjunto de referências e encargos sociais que as bancas podem desempenhar no meio ambiente onde se situam.

⁽ⁿ⁾ Mercadorias extras vendidas nas bancas: CDs e DVDs; artefatos colecionáveis; livros; bebidas nãoalcoólicas; biscoitos, doces, acessórios eletrônicos, chips de operadoras de celular. Em algumas bancas, há comprimidos, tais como aspirinas e paracetamol, vendidos a varejo, como os cigarros. No Rio de Janeiro, próximo à orla, também identificamos artigos para banho de mar.

^(o) Não observamos bancas presentes em locais fechados, como: aeroportos, shopping centers, lojas, livrarias, etc.

Capas de periódicos captadas no trabalho de campo

Foram observadas cento e cinquenta capas de revistas, sendo os títulos ordenados de acordo com a proximidade decrescente do discurso científico. Esta classificação serviu para identificarmos, empiricamente, a relação com as fontes de produção científico-acadêmica, diferenciando-as daquelas destinadas ao consumo midiático-comercial popular, com ou sem referências às pesquisas. A descrição contemplou uma amostra representativa das revistas disponíveis no mercado; não a totalidade das revistas disponíveis no mercado, mas algumas identificadas com nossos interesses temáticos durante as saídas de campo.

Classificação das revistas por grau de proximidade com o discurso científico

Biociências: revistas voltadas para as ciências, com ênfase na saúde. Com linguagem mais informal, são, entre os gêneros inseridos no espaço midiático, mais próximas da produção acadêmica dos pesquisadores, mantendo-os como autores dos textos, como fonte, e acessando, diretamente, a produção universitária. Incluímos neste segmento: Revista *Scientific American* (não restrita às biociências); Revista *Mente e Cérebro*; Coletânea "Doenças do Cérebro" (*Mente e Cérebro*); Revista *Ciência Hoje* (SBPC); Revista *Rio Pesquisa* (FAPERJ); Revista *Superinteressante*; Revista *Galileu*;

Ciências Humanas: revistas ligadas à psicanálise, sociologia, filosofia e educação. Incluímos as Revistas: *Psiquê*; *Educação*; *Cult*; *Sociologia*; "Chega de Estresse!"; *Psicologia e Vida*.

Jornalísticas-Gerais: semanários com conteúdo de divulgação jornalística, abordando alguma patologia específica, como diabetes, hipertensão, obesidade, ou trazendo alguma "novidade" científica como fonte abalizadora. Destacamos: *Veja*; *Isto É*; *Época*; *Carta Capital*.

Revistas "Populares": periódicos semanais/mensais com linguagem marcadamente comercial, ampla exploração de entretenimento, curiosidades e polêmicas; sobre o que pode ter mais apelo ao seu público. Nelas costumam aparecer certos eventos espetaculares ligados à Biomedicina e seus ramos, entre eles:

a) **Patologias:** um número considerável se destaca com afirmações: "Tudo sobre..." uma determinada doença. Exemplos foram publicações intituladas: "Doenças Respiratórias"; "Diabetes"; Revista "Sua Saúde".

b) **Nutrição:** geralmente, destacam alimentos saudáveis e dietas miraculosas. Entre elas: "Dieta Já"; "Saúde é Vital"; "O Poder dos Grãos e Cereais"; "Pense Leve, Revista "Corpo a Corpo".

c) **Fitness:** revistas concernindo às atividades físicas. Incluímos: *Women's Health*; *Men's Health*; *Runner*.

d) **Fitoterápicos:** revistas sobre chás e ervas em edições especiais. Examinamos revistas como: "Poder do Limão"; "Importância da Linhaça"; "Alimentos que curam".

e) **Revistas de novelas e celebridades:** edições que abordam as celebridades de televisão também as trazem em suas capas, como destaque para temas da saúde. Exemplo: *Revista Viva Saúde*.

Proposta de análise das capas de revista

Percebemos o reforço sugestivo de valores veiculados por estudos das Biociências, calcados na imagem, referendados pela palavra/imagem "chave". Dentre as cento e cinquenta capas observadas, cinquenta delas foram selecionadas para aplicação do instrumento de coleta de dados, visando a identificação das palavras/imagens chave mais recorrentes, bem como descrição dos elementos simbólicos. Cinco destas sofreram análises em profundidade para exemplificar como a simbiose imagem/palavra gera o processo de sugestão que denominamos retórica de saúde e vida.

Como ilustração da proposta de análise metodológica, descrevemos a capa de uma delas com o título (Figura 3): "*Hiperatividade: Considerada como um distúrbio em si, ela é, na verdade, um sintoma. Conheça os transtornos em que ela está presente (e outros sintomas tratados como doença)*"^(p).



Figura 3. Revista Psiquê - Hiperatividade

A mensagem retórica nos sugere a hiperatividade como uma multiprodução de um cérebro em ação, indicando *algo errado com ele*. Mesmo que o texto aborde a hiperatividade para além da patologia (como resultado da ação do corpo), a imagem do cérebro, em destaque na cor azul, eleva esse órgão como centro destacado para a hiperatividade.

Não diríamos que existe uma contradição nesta capa, mas a produção de um sentido normativo que ganha um tom retórico a partir da simbiose imagem/palavra. Esta simbiose consolida, no imaginário, o cérebro como centro para a saúde e a vida.

Destacamos, aqui, mais três capas para comparação, como a que mostra o controle da alimentação pelos critérios da Nutrição associados ao que se entende por saúde: *somos as calorias que comemos*^(q) (Figura 4). No outro exemplo (Figura 5), o cérebro é apresentado como uma máquina que gerencia o funcionamento mental (software)^(r). Por último, a prescrição do que deve ser consumido para evitar o câncer^(s) (Figura 6), numa clara negação dos aspectos naturais de alimentação e do corpo biológico.

(p) Como palavra/imagens chave, destacamos: cérebro/neurônios, vida, doença/crônica/patologia, máquina/tecnologia, desempenho, ansiedade/estresse, distúrbio, sintoma, transtorno, doença.

(q) Edição especial da Revista *Scientific American*: "*Tudo que você sabe sobre calorias está errado: O universo fascinante da alimentação: Sistema de medida ignora a complexidade da digestão. Bactérias, forma de preparo e energia utilizada no processo alteram radicalmente quantidade de energia absorvida de alimentos*".

(r) Edição especial da Revista *Psiquê*: "*Software Mental: Estruturas e modulações cerebrais refletem uma possível sinergia entre computador e cérebro humano e se tornam foco de estudo das ciências cognitivas*".

(s) Edição da revista *Viva Saúde*: "*8 alimentos que previnem contra o câncer - E outros três que aumentam (e muito!) as chances de um tumor aparecer*".



Figura 4. Revista Scientific American – calorias



Figura 5. Revista Psiquê – Software Mental



Figura 6. Revista Viva Saúde

Nesses casos, comprovamos a força retórica da simbiose imagem/palavra. Analisando apenas o texto das manchetes, apreenderemos a intenção de quem concebeu a capa. É na junção imagem/palavra que vem, à tona, a mensagem sugestiva de que tanto a alimentação como a psicanálise devem ser submetidas a critérios específicos, que situam um “biológico” (nutricional e neurológico) específico como base da concepção do que é saúde. Não é apenas o natural, mas o humano e seus saberes, que são sutilmente descartados nas sugestões ilustradas nas capas das revistas.

Observamos luzir um processo de sutil sugestão, a condução de nossa vida em termos de saúde sob a perspectiva das Biociências. Nos exemplos examinados, a força da *retórica de saúde e vida* reforçam um imaginário higienista na condução do viver. Como dispositivo dominante de produção de verdades, as Biociências reforçam esse viés, descartando possibilidades de conhecer e equacionar temáticas apresentadas ou propostas por outros saberes/campos disciplinares.

Resultados da análise do trabalho de campo

As ações analíticas do campo observado permitiram-nos descrever, com mais pertinência, a complexidade do objeto em estudo, e levaram-nos a ampliar o foco na metodologia de análise nas fotos das capas, de modo a permitir uma interpretação mais elaborada dos efeitos, no imaginário, dos sentidos enfatizados na retórica de saúde e doença, presentes em mensagens dos periódicos analisados, considerada sua diversidade de linguagem midiática.

Nesta fase analítica, obtivemos algumas indicações derivadas da observação que permitiram apontar algumas conclusões:

a) Diversidade da composição das bancas em função da localização socioespacial

Pudemos observar que a disponibilidade e distribuição de revistas de divulgação científica no espaço físico das bancas de jornais varia, consideravelmente, de acordo com a região sociocultural em que estão situadas: subúrbios, bairros residenciais de classe média, periferia urbana, e, mesmo, entre cidades.

Bairros de periferia expõem e vendem em suas bancas, sobretudo: jornais populares, periódicos de *fitness*, revistas de telenovelas e boletins de concursos. Bancas de classe média, na zona sul do Rio de Janeiro e nos bairros residenciais e comerciais de Porto Alegre, vendem uma grande variedade de periódicos – inclusive, os que pertencem a nosso universo de pesquisa. A configuração e distribuição dos itens observados no interior das bancas também muda de acordo com a localização socioespacial, variando conforme a demanda de publicações e artigos comercializados naquelas bancas (jornais, revistas, pequeno comércio).

b) Imagens e palavras imperativas emergentes das capas

Na análise das capas dos periódicos, foram identificadas palavras-chave, geralmente, expressas em tom de comando, imperativas, buscando orientar práticas de vida e de saúde, no sentido de preservá-las ou de impedir sua deterioração. Como exemplo, há um apelo recorrente a expressões como “vida saudável”, associada à *boa alimentação* e *atividades físicas*. Além disso, constatou-se, nas capas, a recorrência de verbos dominantes na cultura, como: “poder”, “lutar”, “combater”, “vencer”. O tom imperativo tende a legitimar atitudes e comportamentos propostos com relação a alterações de saúde e à presença de enfermidades agudas ou crônicas de corpo e mente, tais como: obesidade, hipertensão, depressão, enfartes, diabetes, câncer, *alzheimer*, etc.

Torna-se nítido o apoio a temas e soluções a partir de estudos de especialistas, reafirmado na contínua referência a resultados de pesquisas científicas avançadas, cuja variação de temas e resultados assume, por vezes, o caráter de “modas”, pela reiterada recorrência de determinados assuntos em evidência.

Esta postura é reafirmada pelo apelo à autoridade de termos como *ciência* ou *pesquisas e estudos científicos*, presentes na grande maioria das capas examinadas, reforçando a percepção já mencionada de que a *tecnociência* se apresenta como dispositivo produtor relevante de *doxa* na sociedade contemporânea. Vale assinalar que, quanto mais afastada da difusão científica (revistas jornalísticas, populares, de publicidade ou propaganda), maior é a recorrência à autoridade da ciência e do científico. As revistas de divulgação científica, por já se caracterizarem como meios de veiculação de textos de pesquisadores/especialistas, desenvolvem os assuntos sem fazer apelo à validação científica da informação.

Quanto às imagens, pudemos identificar a recorrência de construções simbólicas com elementos imagéticos específicos, como: fotomontagens e ilustrações gráficas de órgãos, sobretudo, o coração e o cérebro, geralmente relacionados às doenças crônicas. Estes órgãos aparecem nas capas “transfigurados” pela tecnologia da imagem, com aparência maquínica ou claramente mecânica^{21,27}.

Em diversos casos, a figura dos órgãos é trabalhada graficamente de acordo com a mensagem sobre o tema, como um cérebro “turbinado”, com alusão a raios e força elétrica, claramente associada à ideia de reforçar a maximização de sua potência²⁷. Não raramente, essas associações e montagens aparecem ligadas a exames diagnósticos de tecnologia de ponta, nas quais a imagem tem papel demonstrativo importante para a diagnose médica.

A força de convencimento dessas imagens tecnocientíficas na construção de uma *doxa* que valoriza o mecanicismo no imaginário dos leitores é considerável, pois elas “demonstram”, graficamente, valores da saúde e da doença. Como exemplo, as fotomontagens de órgãos “em movimento”, com virtualidade “quadridimensional”, que apontam para uma realidade material mais avançada que os exames analógicos, como: radiografias, eletrocardiogramas e encefalogramas.

Tal demonstração virtual tem uma aparência estética inegavelmente sedutora, apreciada por profissionais e leigos, assumindo, a imagem, um poder simbólico em relação ao corpo biológico, despiando-o de seus aspectos corpóreos, tais como: sangue, tecidos, sistemas, fluídos e volume. Em última instância, por meio da preponderância do discurso imagético, está se lidando com *órgãos transcorporais*, superando-se, simbolicamente, a natureza biológica do corpo humano, como o representamos desde fins do século XVI, na nascente modernidade científica²¹.

Constatamos que se evidencia, claramente, a força da categoria de análise *retórica da vida e da saúde*, central em nosso estudo, relevante para a interpretação da produção discursiva atual das Biociências, tal como vem sendo veiculada para a validação de certas afirmações no espaço midiático.

c) Papel da divulgação científica da mídia impressa na pedagogia atual

Um papel não apenas informativo, mas, também, *pedagógico* ressalta da análise. De fato, alguns periódicos de divulgação científica preenchem no momento, independentemente da disciplina em que se situem – seja nas biociências, nas ciências físicas ou humanas –, uma lacuna de informação, e, mesmo, de formação regular, apresentando temas e incentivando debates nas mais diversas disciplinas, tanto no Ensino Médio quanto no Superior, retomando teorias e conceitos de autores clássicos e contemporâneos, contextualizando-os em novas temáticas e em questões científicas atuais.

Conclusões

A interpretação das capas de revistas analisadas ressalta, preliminarmente, que as fotos/imagens que ilustram a *simbiose imagem/palavra*³, difundem um processo de persuasão/convencimento que reforça a hegemonia das Biociências na cultura atual de saúde, doença e vida. As mensagens veiculam sentidos específicos sobre o corpo e a saúde, sobre atividades físicas, alimentação, prevenção e controle de doenças, propondo, ainda, práticas de medicalização da vida, contribuindo para a reprodução de modos específicos de conduzir a saúde e vida da população.

A busca social por uma *cultura da saúde*, similar à *utopia da saúde perfeita* de Sfez¹², se manifesta em práticas saudáveis, incluindo um higienismo preventivo presente nos discursos das Biociências, combinado a um projeto de promoção da saúde apoiado em práticas biocientificamente embasadas.

Estas práticas incluem proposições sobre o corpo, as emoções e a subjetividade de indivíduos e grupos. Incluem desde a alimentação, o movimento (ou atividade) corporal, até uma certa higiene mental, buscando *harmonizar* a vida das pessoas e das relações sociais. Constituem, de certo modo, um projeto global de saúde difuso, não elaborado política ou conceitualmente, porém tendente à utopia, embora em paradigma diferente do apontado por Sfez¹².

O pleno desenvolvimento de uma abordagem interpretativa interdisciplinar da retórica dos conteúdos veiculados pelas revistas de divulgação científica foge das análises clássicas de discurso e da semiótica estrutural, situando a retórica imagem/palavra como categoria estratégica de análise da função simbólica das revistas de biociências na construção do imaginário da *vida e do viver*.

Esperamos que interpretações resultantes desta proposta metodológica contribuam para o desenvolvimento de novas frentes de teorização de conteúdos simbólicos que identifiquem relações entre *retórica da vida* e imaginário social, e esclareçam, mais adiante, como atuam na cultura contemporânea certas representações das Biociências de vida e saúde.

Colaboradores

Madel Luz, Anderson dos Santos Machado e Rafael Dall'Alba escreveram a primeira versão do artigo e fizeram o trabalho de campo. Alcindo Antônio Ferla fez a revisão crítica do texto e organizou a versão final do mesmo.

Referências

1. Bueno WC. Comunicação científica e divulgação científica: aproximações e rupturas conceituais. *Inform Inform*. 2010; 15(1):1-12.
2. Medrado B. Textos em cena: a mídia como prática discursiva. In: Spink MJ, editora. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 243-71.
3. Luz MT, Sabino C, Mattos RS, Dall'Alba R, Machado AS, Ferla AA, et al. Contribuição ao estudo do imaginário social contemporâneo: retórica e imagens das biociências em periódicos de divulgação científica. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(47):901-12.
4. Bourdieu P. *Sobre a televisão*. Rio de Janeiro: Zahar; 1997.
5. Spink MJ, Medrado B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: Spink MJ, editora. *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano*. São Paulo: Cortez; 2000. p. 41-61.
6. Luz M, Sabino C, Mattos RS. A ciência como cultura do mundo contemporâneo: a utopia dos saberes das (bio)ciências e a construção midiática do imaginário social. *Sociologias*. 2013; 15(32):236-54.
7. Bourdieu P. *O poder simbólico*. Lisboa: Bertrand; 1989.
8. Weber M. *A ética protestante e o 'espírito' do capitalismo*. São Paulo: Companhia das Letras; 2004.
9. Maffesoli EM. Michel Maffesoli: o imaginário é uma realidade. FAMECOS [Internet]; 2008 [citado 1 Abr 2015]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3123>
10. Luz MT. O impacto da epidemia de HIV/aids nas representações sociais. *Saude Sexo Educ*. 1998; 30(4):7-11.
11. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 5a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2002.
12. Sfez L. *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. 7a ed. São Paulo: Loyola; 1996.
13. Spink MJ. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Guareschi P, editor. *Textos em representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 117-48.
14. Bauer MW. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. In: Bauer MW, Gaskell G, organizadores. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 189-243.
15. Silva JM. *As tecnologias do imaginário*. 2a ed. Porto Alegre: Sulina; 2006.
16. Aristóteles. *Rhétorique*. Paris: Gallimard; 1998.
17. Lévi-Strauss C. *Antropologia estrutural*. 5a ed. São Paulo: Cosac-Naify; 2008.
18. Moles AA. *O cartaz*. 2a ed. São Paulo: Perspectiva; 2005.
19. Barthes R. *O império dos signos*. São Paulo: Martins Fontes; 2007.
20. Epstein I. *O signo*. São Paulo: Ática; 1985.

21. Luz MT. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
22. Joly M. Introdução à análise da imagem. Lisboa: Papyrus; 1994.
23. Mattos RDS. Imagem corporal. Rio de Janeiro: Paco Editorial; 2014.
24. Foucault M. Microfísica do poder. 16a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2000.
25. Luz MT, Sabino C. A pesquisa como prática artística: a razão na prática de investigação como razão artística - uma possível contribuição de Pierre Bourdieu para a área das Ciências Sociais e Humanas na Saúde. Saude Redes. 2015; 1(8):7-12.
26. Bourdieu P. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 1998.
27. Machado ADS. O cérebro no imaginário social da divulgação científica das Biociências: a retórica sobre a saúde e a vida nas capas da Revista Mente e Cérebro. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2015.

Luz MT, Ferla AA, Machado AS, Dall Alba R. Retórica en la divulgación científica del imaginario de vida y salud: una propuesta metodológica de análisis. Interface (Botucatu). 2017; 21(61):333-47.

Este artículo analiza el papel simbólico de las Biociencias en el imaginario de vida y salud, presentando resultados de un estudio de observación de portadas de revistas de divulgación científica encontradas en quioscos en tres ciudades de Brasil: Río de Janeiro, Duque de Caxias y Porto Alegre. Se presenta un análisis sintético de la observación de los quioscos y del conjunto de portadas allí expuestas, utilizando cuadros ilustrativos, de acuerdo con un esquema de interpretación de la retórica presente en tales portadas. Constatamos que los sentidos resultantes de la simbiosis imagen/palabra, difundidos por los periódicos, son herramientas persuasivas en el universo de representaciones y prácticas sociales en lo que concierne a un supuesto vivir saludable.

Palabras clave: Imaginario social. Biociencias. Divulgación de los medios. Retórica de vida y salud.

Submetido em 26/11/15. Aprovado em 03/06/16.

Uma agenda de pesquisa para a Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo, Brasil: o estudo ELECT

Eduardo Antônio de Sousa Orlandin^(a)
Leonardo Moscovici^(b)
Ana Carolina Arruda Franzon^(c)
Afonso Dinis Costa Passos^(d)
Amaury Leles Dal Fabbro^(e)
Elisabeth Meloni Vieira^(f)
Fernando Bellissimo-Rodrigues^(g)

Gustavo Diniz Ferreira Gusso^(h)
Janise Braga Barros Ferreira⁽ⁱ⁾
João Mazzoncini de Azevedo Marques^(j)
Luciana Cisoto Ribeiro^(k)
Luciane Loures dos Santos^(l)
Marcelo Marcos Piva Demarzo^(m)
Paulo Celso Nogueira Fontão⁽ⁿ⁾
João Paulo Souza^(o)

Orlandin EAS, Moscovici L, Franzon ACA, Passos ADC, Dal Fabbro AL, Vieira EM, et al. A research agenda for Primary Health Care in the state of Sao Paulo, Brazil: the ELECT study. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):349-61.

The consolidation of Primary Health Care (PHC) requires public policies based on scientific evidence. This paper presents the ELECT study, aimed to identify priority research themes for strengthening PHC in the state of Sao Paulo, Brazil. A list of the twenty main obstacles and ten priority research themes in PHC were obtained with participation of specialists and a focus group with users. The results point to problems and research issues related to organizational management, training of professionals and managers, professional development, creation of cooperation mechanisms between health teams and computerization of resources. It is expected to stimulate debate in the context of the PHC on the role of research prioritization, its obstacles and research propositions. It also aims to encourage the adoption of more participatory models of selection of research topics.

Keywords: Health research agenda. Health priorities agenda. Research prioritization. Primary Health Care. Primary Care.

A consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) requer políticas públicas embasadas por evidências científicas. Este artigo apresenta o estudo ELECT, cujo objetivo foi identificar temas prioritários de pesquisa para a fortalecimento da APS no estado de São Paulo, Brasil. Com a participação de especialistas e de um grupo focal com usuários, foi obtida uma lista com os vinte principais obstáculos, bem como dez temas de pesquisa prioritários, na APS. Os resultados apontam para problemas e temas de pesquisas relacionados à: organização da gestão, capacitação de profissionais e gestores, valorização profissional, criação de mecanismos de colaboração entre equipes de saúde e informatização dos recursos. Espera-se, assim, estimular o debate no contexto da APS sobre o papel da priorização de pesquisas, seus obstáculos e proposições de pesquisa. Almeja-se, também, estimular a adoção de modelos mais participativos de seleção de temas de pesquisa.

Palavras-chave: Agenda de Pesquisa em Saúde. Agenda de Prioridades em Saúde. Priorização de pesquisas. Atenção Primária à Saúde. Atenção Básica.

^(a,b,c,d,e,f,g,i,j,k,l,o) Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (USP). Avenida Bandeirantes, 3900. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14049-900. eduardo.orlandin@usp.br; leoscovici@gmail.com; anafranzon@yahoo.com.br; apassos@fmrp.usp.br; adfabbro@fmrp.usp.br; bmeloni@fmrp.usp.br; fbelissimo@fmrp.usp.br; janise@fmrp.usp.br; jmaq@usp.br; lcisoto@fmrp.usp.br; luloures@fmrp.usp.br; jpsouza@fmrp.usp.br

^(h) Departamento de Clínica Médica, Faculdade de Medicina, USP. São Paulo, SP, Brasil. gustavo.gusso@usp.br

^(m) Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, SP, Brasil. demarzo@unifesp.br

⁽ⁿ⁾ Faculdade de Medicina Santa Marcelina. São Paulo, SP, Brasil. pc.fontao@uol.com.br

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada o componente do sistema de saúde que serve de porta de entrada para o próprio sistema e é aquele que deve fornecer e coordenar cuidados abrangentes e centrados na pessoa e na comunidade (incluindo promoção de saúde, prevenção, tratamento e reabilitação)¹⁻⁴. Seu funcionamento eficiente é um dos fundamentos para que dois dos principais objetivos de um sistema de saúde sejam atingidos: a otimização dos cuidados e a equidade do acesso^{5,6}. Contudo, vários problemas têm dificultado o funcionamento pleno da APS em nosso meio e das estratégias a ela relacionadas⁷. Embora a superação de uma parcela substancial dos desafios da APS requeira vontade política e comprometimento para a formulação de políticas públicas informadas por evidências científicas e um planejamento de médio e longo prazo, a pesquisa e o desenvolvimento tecnológico podem contribuir para a formulação de soluções relevantes que podem acelerar o aperfeiçoamento dos serviços de saúde⁸.

Com uma população de mais de quarenta milhões de pessoas, São Paulo (SP), o estado mais populoso e com o maior PIB dentre todos os estados brasileiros, ainda busca melhorar sua atenção básica. Avanços importantes têm ocorrido na APS no estado, como o aumento do número de equipes de Saúde da Família⁹. Entretanto, São Paulo ainda tem dificuldades para consolidar a Política Nacional de Atenção Básica. Dados do Departamento de Atenção Básica demonstram que, no município de Ribeirão Preto, por exemplo, com uma população de quase seiscentos e vinte mil habitantes, a cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é de apenas 113.850 pessoas, o que equivale a pouco mais de 18%. Mesmo os números do estado chamam atenção, com apenas pouco mais de 16 milhões de pessoas cobertas pela ESF, o que corresponde a, aproximadamente, 38% da população total¹⁰. Outros entraves na APS do estado, muitos deles extrapoláveis para todo o Brasil, são: a falta de profissionais especializados em atenção básica, a cultura pelo modelo hospitalocêntrico, gestores sem capacitação adequada, etc.^{11,12}.

Os exercícios de priorização de pesquisas podem auxiliar, possibilitando a elaboração e seleção de temas de pesquisa direcionados a superarem as barreiras existentes na APS^{13,14}. A aplicação destes exercícios permite identificar obstáculos que, se abordados, produziram maior potencial de transformação, bem como oportunidades que apresentam maior desempenho satisfatório ao serem aplicadas na realidade de cada população. A priorização de pesquisas é importante para possibilitar que o conhecimento científico atenda, de forma racional e equitativa, às demandas sociais¹⁵. Vale ressaltar que já existem agendas nacionais de pesquisa no Brasil, porém, até o momento, nenhuma específica voltada para APS¹⁶.

Este artigo apresenta o estudo ELECT - Estabelecendo Prioridades para o Desenvolvimento da Comunidade (*Establishing Leads for Community Development*), cujo objetivo geral foi definir uma agenda de prioridades em pesquisa com elevado potencial de fortalecer a APS e, assim, promover a saúde e o desenvolvimento social das comunidades. Os objetivos específicos do estudo foram: (i) identificar os principais problemas que, na opinião de especialistas e de integrantes da comunidade, constituam barreiras ao fortalecimento da APS; (ii) produzir propostas de pesquisa que possam solucionar os principais problemas da APS, e (iii) definir as perguntas prioritárias de pesquisa que auxiliem a promover a saúde das comunidades.

Metodologia

Trata-se de um estudo de métodos mistos (qualitativos e quantitativos), com dados produzidos por meio de consulta a um painel de especialistas e um grupo de usuários do SUS, executado em quatro fases (Figura 1).

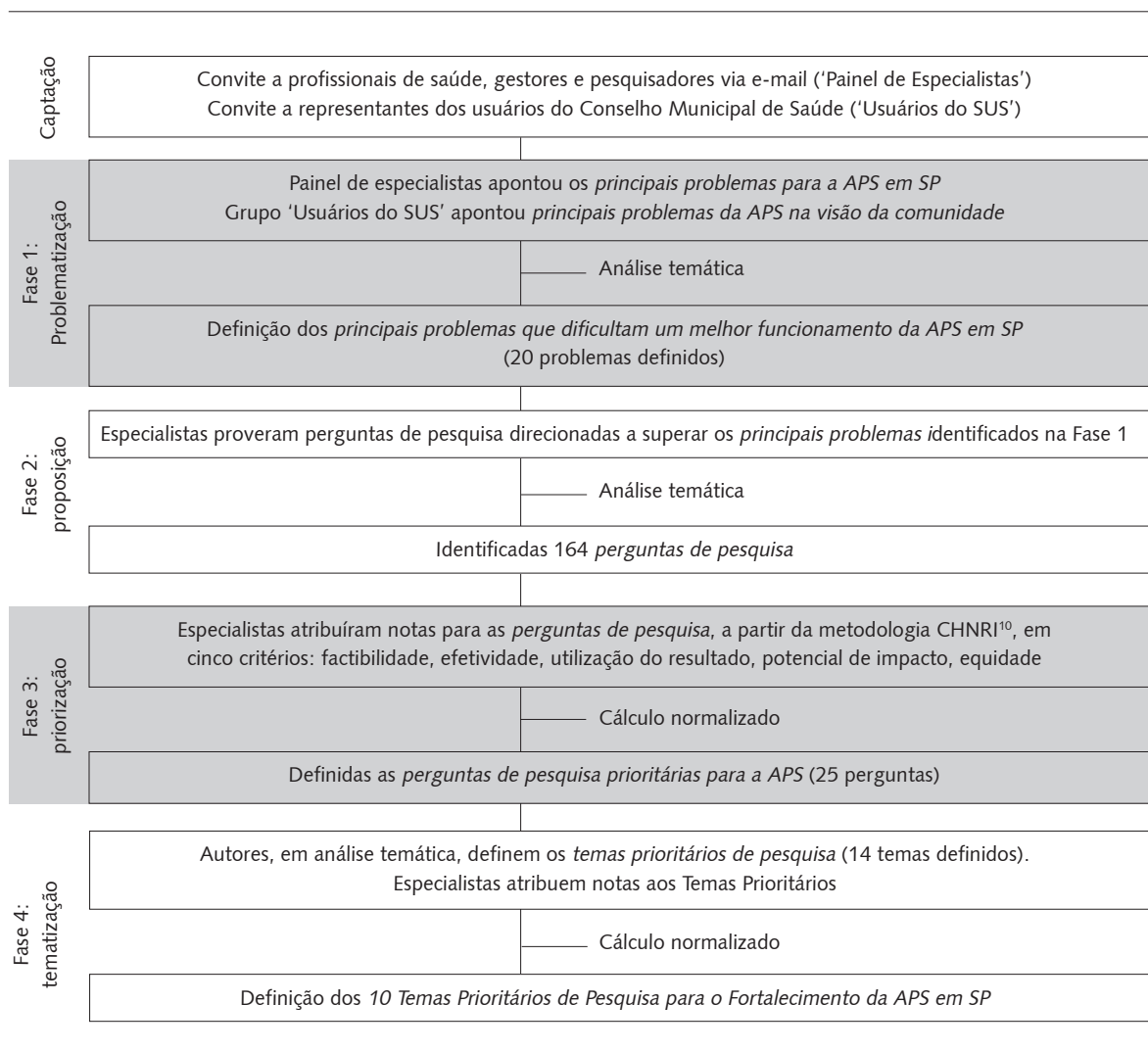


Figura 1. Fluxograma das quatro fases do estudo ELECT

Etapa preparatória: formação do painel de especialistas e do grupo de usuários

Para a formação do painel de especialistas, definiram-se como critérios de elegibilidade: a) ser profissional de saúde, gestor ou pesquisador da área; b) atuar na APS no estado de SP; c) possuir *e-mail* público disponível nas fontes de pesquisa selecionadas para o estudo. Para isso, foram coletados os endereços de *e-mail* de potenciais especialistas a partir das seguintes fontes: (i) perfis públicos de profissionais cadastrados em páginas eletrônicas temáticas sobre APS (como a Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde)^(p); (ii) páginas eletrônicas de departamentos de medicina preventiva e social de universidades públicas e privadas e de Departamentos Regionais de Saúde (DRS) de SP; (iii) consulta a

^(p) Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde [Internet] [citado 2 Jan 2015]. Disponível em: <http://www.rededesquisaaps.org.br/>

artigos científicos na área de APS disponíveis na base de dados BIREME, utilizando as palavras-chave “Atenção Primária”, “Saúde da Família” e “Medicina de Família”; (iv) lista de membros da Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade, mediante autorização prévia desta entidade. Aos endereços de *e-mail* obtidos, foram enviados os convites para participação no painel de especialistas do estudo.

A partir do convite via *e-mail*, os convidados deveriam acessar o *link* para uma plataforma online *Google®*, que continha informações sobre a pesquisa; esclarecimentos para download do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; e botão para escolha de participar ou não do estudo. Ao não aceitar, o convidado visualizava uma mensagem de agradecimento, não sendo mais contatado para o estudo ELECT. Ao aceitar, o participante ingressava no painel de especialistas e tinha acesso liberado à fase um, em novo formulário online *Google®*. Em todas as interações, os *e-mails* foram enviados em cópia oculta, de forma a preservar o anonimato e a não interação entre os participantes. Nas fases subsequentes, os participantes do painel receberam um *e-mail* convite para acessar o questionário.

Para a formação do grupo de usuários do SUS, o estudo foi apresentado, em reunião ordinária, aos conselheiros municipais de saúde de Ribeirão Preto, sendo aberto o convite aos participantes conforme os seguintes critérios de inclusão: ser usuário do SUS e membro do segmento dessa categoria no referido conselho. Após a formação do grupo, foi agendada uma atividade presencial.

Fase um

Em questionário online *Google®*, a cada participante do painel de especialistas foi solicitado o preenchimento de duas seções. A primeira seção contemplava informações sociodemográficas: nome completo, *e-mail* de contato, profissão, número aproximado de habitantes no município em que tem atuação profissional predominante, Departamento Regional de Saúde paulista em que tem atuação predominante. Todos esses itens eram de resposta obrigatória.

Na segunda seção, deveria responder à pergunta: “Em sua opinião, quais são os três principais problemas que dificultam um melhor funcionamento da Atenção Primária à Saúde?”. Dos três campos disponíveis para respostas, apenas um era de preenchimento obrigatório, e cada qual apresentava limite máximo de duzentos caracteres. Ao concluir, o participante era encaminhado a uma tela de agradecimento.

Concomitante às entrevistas *online* dos especialistas, o grupo dos usuários do SUS participaram de uma atividade presencial, coordenada por três membros da equipe (ACAF, EASO, JPS) deste projeto. Após a leitura do material explicativo, esclarecimento de dúvidas e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes, foi iniciada a atividade. A partir da técnica de Grupo Focal¹⁷, os participantes deveriam, a seu juízo, apontar e discutir problemas na APS e, ao final, definir em conjunto os dez mais relevantes.

Os problemas da APS apontados pelo painel de especialistas e usuários do SUS foram reorganizados por análise temática pelos autores do estudo, para: eliminar respostas duplicadas ou fora de âmbito, fundir conceitos semelhantes, e reestruturar respostas a fim de se atingir o nível de detalhe exigido pela pesquisa¹⁸.

Fase dois

Cada participante do painel de especialistas, em questionário online *Google®*, foi solicitado a identificar seu nome e *e-mail* (respostas obrigatórias). A seguir, eram apresentados os vinte principais problemas definidos na fase um, com a pergunta: “Baseado nos resultados da fase um, proponha uma pergunta de pesquisa que, em sua opinião, tem maior potencial de contribuir para a resolução dos problemas apontados e, por conseguinte, melhorar a Atenção Primária à Saúde” (preenchimento obrigatório). Ao final, o participante poderia também responder à pergunta opcional “Caso você considere algum problema que não foi apontado na lista acima, ou deseje promover uma outra ideia

de pesquisa, use o espaço abaixo". Os dois campos de resposta continham um limite de trezentos caracteres cada.

As perguntas de pesquisa propostas pelos participantes foram reformuladas também por análise temática, de forma a serem utilizadas na fase três.

Fase três

Com base em análise de artigos do *Child Health and Nutrition Research Initiative (CHNRI)*¹⁹, foram definidos, pelos pesquisadores deste estudo, os Cinco Critérios de Priorização de pesquisa a serem aplicados: *factibilidade* (a pergunta de pesquisa é capaz de ser respondida); *efetividade da pesquisa* (o conhecimento gerado é capaz de resultar ou produzir uma melhora na saúde das pessoas e das comunidades); *utilização do resultado* (o resultado da pesquisa será implementável, aceitável e terá um custo acessível); *potencial de impacto* (o resultado da pesquisa tem o potencial de melhorar significativamente a saúde das pessoas e das comunidades); *equidade* (a intervenção ou resultado terá capacidade de atingir os grupos que mais necessitam).

Definidos os critérios para priorização, uma nova consulta foi realizada ao painel de especialistas: cada participante, em questionário *online Google®*, foi solicitado a identificar seu nome e *e-mail* (respostas obrigatórias); a seguir, era apresentado o texto:

"Na segunda fase, você e os demais participantes elaboraram perguntas de pesquisa que podem ajudar a superar os principais problemas identificados. Agora é o momento de priorizarmos as pesquisas – isto é, escolher quais as pesquisas que têm o maior potencial para ajudar a superar os problemas na Atenção Primária e, assim, contribuir para o desenvolvimento da comunidade. Para realizarmos a priorização, adaptamos o método CHNRI. Este método consiste em avaliar uma pergunta de pesquisa, e atribuir a ela uma nota global de 1 a 5, baseado em Cinco Critérios de avaliação que buscam prever a aplicação da pesquisa no mundo real."

Nas páginas seguintes, o participante deveria ler cada uma das perguntas de pesquisa captadas na fase dois e atribuir uma nota de 1 (baixo) a 5 (alto) referente à capacidade de cada pergunta alcançar os cinco critérios – isto é, de ser factível, efetiva, utilizável, impactante e contribuir para a equidade em saúde –, tendo, à disposição, as definições dos critérios para consulta. Todas as perguntas de pesquisa eram de resposta opcional.

Na análise das respostas, para cada uma das perguntas de pesquisa, as notas dos participantes foram somadas e, em seguida, normalizadas (dessa forma, cada uma apresentou uma nota dentro do intervalo de 0,00 a 1,00). As perguntas de pesquisa do quartil superior (com nota igual ou superior a 0,75) foram selecionadas, constituindo as perguntas de pesquisa prioritárias.

Fase quatro

Na fase quatro, as perguntas de pesquisas prioritárias foram reorganizadas por análise temática, gerando temas prioritários de pesquisa. Em questionário online, *Survey Monkey®*, cada participante do painel de especialistas foi solicitado a identificar seu nome e *e-mail* (respostas obrigatórias). A seguir, cada um dos temas prioritários deveria ser avaliado pelo participante, tendo como parâmetro os cinco critérios de priorização de pesquisas separadamente. Ou seja, o participante deveria responder a cinco páginas do questionário *online*, cada página considerando um dos cinco critérios, e no qual cada tema prioritário era avaliado em nota *sim* ou *não*, quanto à sua capacidade de alcançar o critério apontado. Na análise das respostas, foram somadas as notas dos participantes (*sim*:1; *não*:0) para cada tema prioritário, e as notas finais normalizadas.

Resultados

Etapa preparatória: formação do painel de especialistas e do grupo de usuários

Um total de duzentos e cinquenta interessados contribuiu para a elaboração e priorização das opções de pesquisa. Houve participantes oriundos de todos os Departamentos Regionais de Saúde do estado, com a seguinte distribuição percentual: DRS 1-Grande São Paulo: 38,8%; DRS 13-Ribeirão Preto: 22,4%; DRS 7-Campinas: 10%; demais DRS: participação entre 0,4% e 5,6%. O perfil quanto ao porte do município foi: mais de quinhentos mil habitantes: 58,4%; entre cinquenta e quinhentos mil habitantes: 30,4%; menos de cinquenta mil habitantes: 11,2%. Quanto à profissão, a Figura 2 apresenta a distribuição percentual de cada categoria. Na captação dos representantes de usuários, sete conselheiros se voluntariaram para a atividade de Grupo Focal.

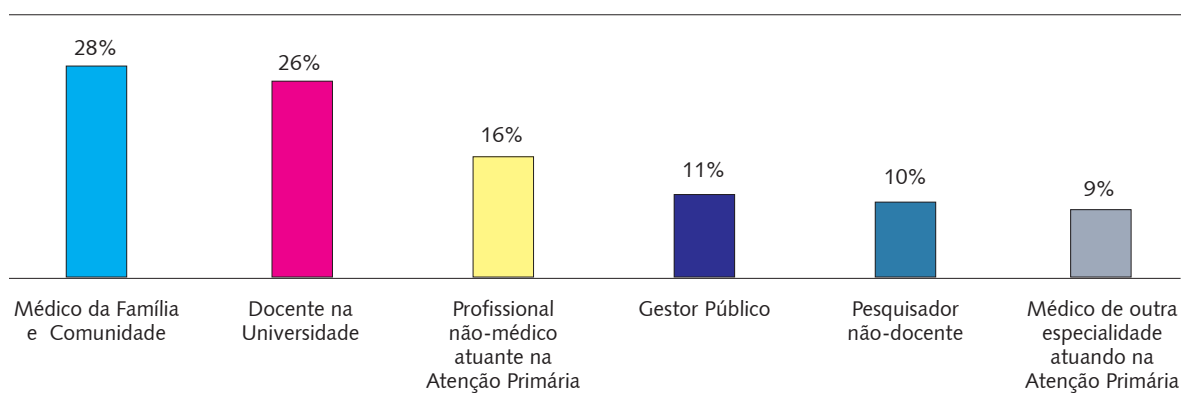


Figura 2. Distribuição percentual das categorias profissionais

Fase um

O painel de especialistas proveu setecentas e dez respostas, apontando o que seriam os principais problemas que dificultam um melhor funcionamento da APS. No exercício com os usuários do SUS, foram definidos dez principais problemas na APS na visão de usuários da comunidade. As respostas dos especialistas e dos usuários foram organizadas por análise temática e resultaram em vinte principais problemas que dificultam um melhor funcionamento da APS em SP (Quadro 1).

Fase dois

Houve 113 participações dentre os especialistas, obtendo-se igual número de perguntas de pesquisa principais (elaboradas com o foco de superar os vinte problemas selecionados na fase um), além de 29 perguntas de pesquisa opcionais (elaboradas com o foco superar problemas não apontados nos resultados da fase um), totalizando, assim, 142 perguntas de pesquisa com o objetivo de promover o fortalecimento da APS. Após análise temática – e considerando que diversas perguntas de pesquisa apresentadas pelos participantes incluíam, de fato, mais de uma pergunta – foram identificadas 164 perguntas de pesquisa.

Quadro 1. Principais problemas e obstáculos para o fortalecimento da APS identificados na fase um

- 1 Falta de capacitação do profissional para APS, em especial para a Estratégia de Saúde da Família, além da falta de educação continuada
- 2 Falta de articulação, na rede de saúde, entre os níveis primário, secundário e terciário (dificuldades na referência e contra-referência), ou no matriciamento, dificultando a interação com especialistas focais
- 3 Carência ou erro de investimento do governo municipal e/ou estadual e/ou federal
- 4 Gestores sem capacitação em APS
- 5 Falta de valorização do profissional da APS: falta de reconhecimento, baixa motivação, baixo salário, condições de trabalho ruins, falta de plano de carreira
- 6 Carência de médicos especialistas em APS, especialmente médicos de família e comunidade, e carência de profissionais não-médicos com perfil na APS
- 7 Visão curativo-medicamentosa e hospitalocêntrica em detrimento das ações de prevenção e promoção em saúde, por parte de profissionais, gestores e população
- 8 Desinteresse ou desconhecimento da população sobre APS e correta utilização de serviços
- 9 Deficiência de planejamento na APS
- 10 Unidades de saúde com infraestrutura inadequada (estrutura física precária, falta de equipamentos etc.)
- 11 Interferência negativa de políticos na saúde
- 12 Precariedade dos sistemas de informação (dificuldade de gerência de dados, excessivo preenchimento de documentos, falta de prontuário eletrônico)
- 13 Falhas, na graduação dos profissionais de saúde, quanto ao ensino de APS e sua relação com as comunidades
- 14 Falta de participação da sociedade para ajudar a melhorar o sistema de saúde - o controle social
- 15 Acolhimento de baixa qualidade: falta de humanização, falta de escuta, atenção ao idoso deficiente, atendimento desigual entre usuários
- 16 Baixa resolubilidade da APS
- 17 Falta de trabalho em equipe na APS
- 18 Alta rotatividade de profissionais na APS, principalmente médicos
- 19 Número de usuários cadastrados nas equipes de ESF é superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde ou superior à capacidade resolutive da equipe de APS
- 20 Falta de comprometimento de gestores com a APS

Fase três

Houve 91 participações de especialistas. Após seleção do quartil superior, foram identificadas 25 perguntas de pesquisa prioritárias para o fortalecimento da APS em SP (Quadro 2), as quais geraram 14 temas prioritários de pesquisa.

Fase quatro

Houve 93 participações de especialistas. Após cálculo das notas, foram obtidos os dez temas prioritários de pesquisa para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo (Quadro 3). Maiores detalhes dos resultados do projeto ELECT estão disponíveis no site do estudo (<http://elect.fmrp.usp.br/>).

Quadro 2. As 25 perguntas de pesquisa selecionadas na fase três; organização por temas prioritários.

Pergunta de pesquisa (nota normalizada)	Temas prioritários
A implantação do prontuário eletrônico aumenta a efetividade da referência e contra-referência dos usuários (incluindo a visualização e seguimento de resultados de exames de imagem, exames laboratoriais)? (1,00)	1. Prontuário eletrônico
A implantação do prontuário eletrônico na atenção primária à saúde e nos outros níveis de atenção podem melhorar a continuidade do cuidado? (0,95)	
A implementação do prontuário eletrônico, permitiria a maior integração da rede, entre seus diferentes níveis: primário, secundário e terciário? (0,91)	
A utilização de prontuários eletrônicos, que podem ser acessados em toda a rede de assistência à saúde, pode melhorar a articulação entre os diversos níveis de saúde? (0,76)	
A informatização do SUS pode contribuir para a integração dos serviços de saúde em diferentes níveis de complexidade? (0,95)	2. Informatização dos equipamentos de saúde
A informatização dos equipamentos de saúde, gerando informações sobre os usuários, dados de produção, indicadores, controle da entrega dos remédios, poderia racionalizar a utilização do sistema e ter mais eficiência evitando duplicidade de consultas, exames e gerenciando filas de espera? (0,91)	
A informatização do SUS pode otimizar a utilização dos recursos públicos na saúde? (0,80)	
A definição de padrões ou protocolos básicos de processo de trabalho na atenção básica como acolhimento com classificação de risco, matriciamento para especialidades, avaliação de qualidade e ou remuneração por desempenho podem melhorar a resolubilidade da APS? (0,87)	3. Protocolos de atenção e de regulação
A adoção de protocolos clínicos e regulatórios pode melhorar a resolubilidade da atenção primária? (0,82)	
As reuniões entre equipes da estratégia de saúde da família para troca de experiências podem melhorar a articulação das mesmas? (0,78)	4. Reuniões entre equipes da ESF
Encontros periódicos entre profissionais da APS e dos níveis secundário e terciário de atenção podem favorecer a articulação entre os serviços, fortalecendo a rede de cuidados? (0,87)	
As equipes multidisciplinares melhoram o resultado da Atenção Básica? (0,85)	5. Equipes multidisciplinares

continua

Discussão

Atualmente, não existe um consenso sobre qual o melhor método de priorização de pesquisas. A literatura sugere que, independentemente do método escolhido, este precisa ter: um contexto adequado; a utilização de uma abordagem compreensiva e detalhada; inclusividade (escolha dos grupos interessados com representatividade apropriada, incluindo o envolvimento da comunidade); uma busca adequada de informações para auxiliar o exercício; planejamento para posterior implementação; escolha adequada de critérios de priorização; escolha adequada do método para utilização das prioridades; avaliação das prioridades; e transparência¹⁴.

Quadro 2. continuação

Pergunta de pesquisa (nota normalizada)	Temas prioritários
A criação de um plano de carreira na atenção primária, com salário digno e dedicação integral seria capaz de aumentar resolubilidade e satisfação dos usuários da ESF? (0,87)	6. Plano de carreira para os profissionais da APS
Capacitações e especializações de gestores em APS podem melhorar a resolubilidade na Atenção Básica? (0,76)	7. Capacitação/especialização de gestores em APS
Os estágios na APS (como parte dos cursos de graduação da área da saúde) podem favorecer a integração do ensino, da pesquisa, e da assistência? (0,85)	8. Integração do ensino e pesquisa na Atenção Primária à Saúde
Melhorar a articulação entre a universidade (ensino e pesquisa) e os serviços primários de saúde contribui para aumentar a fixação dos recursos humanos na estratégia da Saúde da Família? (0,76)	
Quais são os principais determinantes da alta rotatividade de profissionais na APS? (0,76)	9. Estratégias para reduzir a alta rotatividade de profissionais da APS
Quais intervenções podem reduzir a rotatividade de profissionais na APS? (0,83)	
Quais são as estratégias efetivas para o aumento da motivação dos profissionais de saúde que atuam na APS? (0,79)	10. Estratégias para aumentar a motivação dos profissionais de saúde que atuam na APS
O uso de tecnologias da informação e comunicação para a melhor integração clínica entre profissionais dos vários níveis de atenção pode impactar positivamente em indicadores de saúde das populações assistidas? (0,80)	11. Tecnologias de informação e comunicação
O uso da comunicação via web entre profissionais dos níveis primário, secundário e terciário poderia facilitar a interação entre profissionais da atenção básica e especialistas focais? (0,75)	
A educação permanente com os profissionais pode melhorar a resolubilidade da APS? (0,76)	12. Educação permanente dos profissionais da APS
A educação permanente de profissionais de Atenção Primária à Saúde pode fortalecer o modelo de atenção integral? (0,75)	
A ESF é mais efetiva do que o modelo tradicional de APS no tratamento de condições crônicas como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e asma brônquica? (0,76)	13. O modelo de atenção da ESF para promoção da saúde e prevenção e tratamento de doenças
A contratação de profissionais de saúde de nível superior com especialização em saúde da família melhora a qualidade e a resolubilidade do atendimento assim como organização do serviço?	14. Especialização em saúde da família

Quadro 3. Os 10 temas prioritários de pesquisa (fase quatro)

O modelo de atenção da ESF para promoção da saúde e prevenção e tratamento de doenças
 Educação permanente dos profissionais da APS
 Protocolos de atenção e de regulação
 Equipes multidisciplinares
 Capacitação/especialização de gestores em APS
 Especialização em saúde da família
 Integração do ensino e pesquisa na APS
 Estratégias para aumentar a motivação dos profissionais de saúde que atuam na APS
 Reuniões entre equipes da ESF
 Informatização dos equipamentos de saúde

O projeto ELECT buscou atender a estes princípios norteadores, apesar de algumas limitações adiante descritas. O processo de priorização de pesquisas é de certa forma complexo, envolvendo: desde a identificação dos obstáculos principais que dificultam o melhor funcionamento de certa área, a criação de perguntas de pesquisa direcionadas a superar esses obstáculos, e, especialmente, a aplicação de mecanismos que permitam priorizar tais propostas.

Desta forma, o ELECT foi desenhado em fases para facilitar a compreensão do processo aos participantes. Entretanto, os mecanismos de priorização aplicados nas fases três e quatro – seleção de perguntas prioritárias de pesquisa e temas prioritários, respectivamente – podem ter causado certa confusão nos participantes.

A pesquisa obteve êxito no objetivo de captar a participação de diferentes grupos envolvidos na APS, abrangendo profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e, em especial, os representantes dos usuários. Este último grupo contribuiu para a identificação dos principais problemas na área. Foi gerada uma grande variedade de respostas – que podem ser úteis em pesquisas futuras – e diversos pontos de vista, evidenciando uma democratização da agenda de pesquisa.

Por outro lado, a inclusão de diferentes perfis de participantes, sobretudo em questionários à distância, exigiu esforços para oferecer instruções e obter respostas dentro do escopo do estudo. Entretanto, este esforço para instrução e treinamento dos participantes se traduziu por questionários mais longos e cansativos, reduzindo a adesão, o que pode ser observado neste estudo. Cabe refletir, dentro de cada proposta de priorização de pesquisa, qual seria a melhor estratégia no processo: captar um número grande de participantes (favorecendo a variedade de respostas), ou captar poucos participantes (permitindo um treinamento mais intensivo e com maior adesão).

Uma outra limitação deste estudo consistiu na heterogeneidade da participação de especialistas de acordo com as regiões de SP, e com o porte de municípios, apesar dos esforços investidos para captar um número grande e diversificado de especialistas em APS. Ademais, a categorização realizada não possibilitou a separação entre as profissões de saúde atuantes na APS para além dos médicos, como: enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, nutrição, assistência social e agentes comunitários de saúde. A categorização/classificação profissional de todos os participantes poderia ter auxiliado na identificação de problemas e soluções na APS na visão de cada setor/categoria, o que, eventualmente, poderia desencadear ações no âmbito de profissões específicas atuantes na APS.

A análise dos resultados da primeira fase (Quadro 1) permite observar que os principais problemas na APS envolvem a formação, estrutura e organização deste nível de atenção – e não problemas que envolvam, especificamente, a abordagem clínico-terapêutica do cuidado.

Conforme pode ser observado nos quadros 2 e 3, os achados deste trabalho sugerem que os principais desafios e propostas de soluções envolvem temas estruturantes da APS: organização da gestão, capacitação de profissionais e gestores, valorização profissional, criação de mecanismos de colaboração entre equipes e informatização dos recursos. Ainda que os temas identificados pelo grupo consultivo do ELECT sugiram a grande importância das questões organizacionais ou de aplicação de ações já reconhecidas (e que, frequentemente, demandam comprometimento dos tomadores de decisão e vontade política), a pesquisa científica – particularmente a pesquisa de implementação – pode contribuir para o aperfeiçoamento dos serviços e auxiliar o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a implantação sustentável de soluções para problemas que afetam a APS^{11,20,21}.

A participação do grupo de usuários do SUS ocorreu em número adequado (a metodologia recomenda de quatro a oito participantes)¹⁷. A participação foi limitada a um município do estado de SP, pois dadas as limitações orçamentárias do ELECT, foi considerada inviável a captação de representantes de usuários de demais regiões do estado. Foi possível observar, nos representantes, grande experiência e interesse na fiscalização e desenvolvimento do SUS.

Em relação à originalidade, o estudo ELECT é o primeiro no Brasil a identificar prioridades de pesquisa na APS utilizando a metodologia CHNRI, e o primeiro, no mundo, a envolver a participação de usuários da comunidade nesta metodologia.

Próximos passos

Mais do que uma lista com opções prioritárias de pesquisa relacionadas à APS, o grupo de pesquisadores e interessados em torno desta iniciativa pretende estimular a criação de uma agenda de pesquisa voltada para a solução dos principais problemas enfrentados pelos serviços de APS no estado. Este grupo espera que os resultados do projeto ELECT possam subsidiar exercícios futuros, impulsionando mudanças positivas que fortaleçam a APS brasileira, a reorganização da rede de atenção do Sistema Único de Saúde e o cuidado à saúde dos indivíduos e das comunidades. Também existe a expectativa de contribuir para ampliar a participação e controle social na pesquisa e desenvolvimento tecnológico, e superar o modelo tradicional de pesquisa, que tem se mostrado insuficiente para combater a "Desigualdade 90/10", onde 90% das pesquisas são realizadas sobre condições que afetam apenas 10% da população mundial²². Cada vez mais, nos últimos anos, as políticas informadas por evidências são requisitadas globalmente, assumindo um papel fundamental no complexo universo dos sistemas de saúde^{23,24}. A adoção de modelos mais participativos que atendam não apenas ao mérito acadêmico, mas, também, e, sobretudo, à relevância social, pode fortalecer a interação entre pesquisa, assistência e extensão, e contribuir, efetivamente, para a melhora da saúde de nossa população.

Colaboradores

Eduardo Antônio de Sousa Orlandin, Leonardo Moscovici, Ana Carolina Arruda Franzon e João Paulo Souza participaram: da elaboração do projeto, da execução ao longo de toda a pesquisa, da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Afonso Dinis Costa Passos, Amaury Lelis Dal Fabbro, Elisabeth Meloni Vieira, Fernando Belissimo Rodrigues, Janise Braga Barros Ferreira, João Mazzoncini de Azevedo Marques, Luciana Cisoto Ribeiro e Luciane Loures dos Santos participaram: da elaboração do projeto, da discussão dos resultados e da revisão e da aprovação da versão final do trabalho. Gustavo Diniz Ferreira Gusso, Marcelo Marcos Piva Demarzo e Paulo Celso Nogueira Fontão trabalharam na discussão dos resultados e revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os 257 profissionais de saúde, gestores, pesquisadores e representantes dos usuários do SUS, que participaram nas diversas fases do ELECT SP.

Referências

1. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet*. 1994; 344(8930):1129-33.
2. Ministério da Saúde (BR). As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília (DF): Secretaria de Políticas de Saúde; 2002.
3. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. 2a ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

4. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Van der Zee J, Peter P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010 [citado 4 Jan 2016]; 10(1):65. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/65>
5. World Health Organization. The World Health Report 2008: primary health care now more than ever [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [citado 10 Jan 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/en/>
6. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
7. Gillam S. Is the declaration of Alma Ata still relevant to primary health care? *BMJ*. 2008; 336(7643):536-8.
8. Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Treweek S, Eldridge S, et al. Achieving change in primary care - causes of the evidence to practice gap: systematic reviews of reviews. *Implement Sci* [Internet]. 2016 [citado 25 Mar 2016]; 11: 40. Disponível em: <https://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13012-016-0396-4>
9. Sala A, Mendes JDV. Perfil de indicadores da atenção primária à saúde no estado de São Paulo: retrospectiva de 10 anos. *Saude Soc* [Internet]. 2011 [citado 4 Jan 2016]; 20(4):912-26. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400009&lng=en
10. Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Departamento de Atenção Básica [Internet]. Dados entre janeiro/2014 e janeiro/2015 [citado 1 Ago 2015]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php
11. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health-system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9779):1778-97.
12. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. The benefits and challenges of the Family Health Strategy in Brazilian Primary Health care: a literature review. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(5):1499-510.
13. Pellegrini-Filho A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9(2):339-50.
14. Viergever FR, Olifson S, Ghaffar A, Terry FR. A checklist for health research priority setting: nine common themes of good practice. *Health Res Policy Syst* [Internet]. 2010 [citado 4 Jan 2016]; 8(1):36. Disponível em: <https://www.k4health.org/toolkits/research-utilization/checklist-health-research-priority-setting-nine-common-themes-good>
15. Santos LMP, Souza LEPF, Serruya SJ, Guimarães RFN. O papel da pesquisa na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad Saude Publica*. 2010; 26(9):1666-7.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2008.
17. Kitzinger J. Introducing focus groups. *BMJ*. 1995; 311(7000):299-302.
18. Boyatzis RE. Transforming qualitative information: thematic analysis and code development. Thousand Oak: Sage Publications; 1998.
19. Rudan I, Gibson J, Kapiriri L, Lansang MA, Hyder AA, Lawn J, et al. Setting priorities in global child health research investments: assessment of principles and practice. *Croat Med J*. 2008; 48(5):595-604.
20. Doubova SV, Guanais FC, Pérez-Cuevas R, Canning D, Macinko J, Reich MR. Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. *Health Policy Plan*. 2016; 31(7):834-43.

21. Lemos N. Sugestões para gestores municipais agirem ativamente no processo de implementação da atenção primária em saúde. In: Organização Pan-Americana da Saúde, organizador. Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovações em quatro capitais brasileiras. Brasília (DF): Opas, Ministério da Saúde, Conass, Conasems; 2011. 117-128.
22. Global Forum for Health Research. The 10/90 Report on Health Research 2003-2004 [Internet]. Geneve: GFHR; 2004 [citado 10 Jan 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/44386>
23. Langlois EV, Becerril Montekio V, Young T, Song K, Alcalde-Rabanal J, Tran N. Enhancing evidence informed policymaking in complex health systems: lessons from multi-site collaborative approaches. Health Res Policy Syst [Internet]. 2016 [citado 25 Mar 2016]; 14(2016):20. Disponível em: <http://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-016-0089-0>
24. El-Jardali F, Lavis J, Moat K, Pantoja T, Ataya N. Capturing lessons learned from evidence-to-policy initiatives through structured reflection. Health Res Policy Syst [Internet]. 2014 [citado 1 Jan 2016]; 12(1):2. Disponível em: <https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4505-12-2>.

Orlandin EAS, Moscovici L, Franzon ACA, Passos ADC, Dal Fabbro AL, Vieira EM, et al. Una agenda de investigación para la Atención Primaria de Salud en el estado de Sao Paulo, Brasil: el estudio ELECT. Interface (Botucatu). 2017; 21(61):349-61.

La solidificación de la Atención Primaria de Salud (APS) requiere políticas públicas con base en evidencias científicas. Este artículo presenta el estudio ELECT, cuyo objetivo fue identificar temas prioritarios de investigación para el fortalecimiento de la APS en el estado de São Paulo. Con la participación de especialistas y de un grupo de opinión formado por usuarios, se obtuvo una lista con los veinte principales obstáculos, así como diez temas de investigación prioritarios en la APS. Los resultados señalan problemas y temas de investigación relacionados a la organización de la gestión, la capacitación de profesionales y gestores, la valorización profesional, la creación de mecanismos de colaboración entre equipos de salud e informatización de los recursos. Se espera por lo tanto incentivar el debate en el contexto de la APS sobre el papel de la priorización de investigaciones, sus obstáculos y propuestas de investigación. Se anhela también incentivar la adopción de modelos más participativos de selección de temas de investigación.

Palabras clave: Agenda de investigación en salud. Agenda de prioridades en salud. Priorización de la investigación. Atención Primaria de Salud. Atención básica.

Submetido em 21/03/16. Aprovado em 21/06/16.

Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD)

por seus usuários: um estudo de caso

Clarissa de Barros Lacerda^(a)
Marta Fuentes-Rojas^(b)

Lacerda CB, Fuentes-Rojas M. Meanings attributed to Psychosocial Care Center - Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) by its users: a case study. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):363-72.

This paper aims to present the meanings that a Psychosocial Care Center - Alcohol and Other Drugs (CAPS AD) has from the point of view of its users. This qualitative study made semi-structured interviews with 11 patients currently followed by the CAPS AD. The most present meanings and senses in the discourse indicated a positive relationship with the service, seen as a place of support and care. It was also found that the CAPS, considered as a welcoming place that provides access to rights beyond health, must decide between access to rights and the construction of autonomy, so that the service does not stop acting in the social sphere and it can also promote social integration and empowerment of these individuals.

Keywords: CAPS AD. Meanings. Drugs.

Este artigo tem por objetivo apresentar os significados e sentidos de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) para seus usuários. Neste estudo de caráter qualitativo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 11 usuários em acompanhamento no serviço. Os significados e sentidos mais presentes nos discursos indicaram uma relação positiva com o serviço, visto como um local de apoio e cuidado. Constatou-se, também, que o CAPS, ao se mostrar como um local acolhedor e que proporciona o acesso a direitos para além da saúde, precisa ponderar entre o acesso a direitos e benefícios e a construção de autonomia, de forma que o serviço não deixe de atuar no âmbito social, mas, também, possa promover a reinserção social e o empoderamento desses indivíduos.

Palavras-chave: CAPS AD. Significados e sentidos. Drogas.

^(a) Departamento de Serviço Social, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal de Pernambuco. Avenida dos Funcionários, s/n, Cidade Universitária. Cep: 50740-580. Recife, PE, Brasil. chefiass@ufpe.br

^(b) Centro de Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, Faculdade de Ciências Aplicadas, Universidade Estadual de Campinas. Limeira, SP, Brasil. marta.fuentes@fca.unicamp.br

Introdução

A prática humana de consumir substâncias que proporcionam “alterações na percepção, no humor e no sentimento”¹ (p. 13) acontece há milhares de anos, caracterizando-se como um ato ancestral. Permeado por razões diversas, o consumo de tais substâncias – comumente denominadas de drogas – envolve fatores culturais, religiosos, econômicos e políticos, entre outros.

É factível que, mesmo fazendo parte de rituais de sociabilidade, transcendência e autoconhecimento, o consumo de drogas, se descomedido, somado a outros fatores relacionados à vida dos usuários, pode gerar uma dependência. Para além dos contextos ritualísticos e de toda a historicidade dessa prática na humanidade, o uso de substâncias com efeitos psicoativos pode, muitas vezes, ser feito de maneira desenfreada. Nesse sentido, é possível que um uso prazeroso perca seu potencial de proporcionar satisfação e se transfigure numa dependência física e psicológica do indivíduo com a substância²⁻⁴.

Na contemporaneidade, usar drogas de forma abusiva é visto como um problema social e de saúde⁵. Vários foram os termos criados para denominar os indivíduos que consomem essas substâncias de maneira exagerada, e, entre tantos conceitos, o mais aceito atualmente é o de “dependência”^{3,6}.

A transição entre os séculos XIX e XX marcou o período em que esse fenômeno ancestral passou a ser assimilado como um problema social. Como discorrem Labate et al.⁵, “tal qual a violência, a miséria e as doenças, o uso de ‘drogas’ foi alocado no panteão dos males que afligiram a humanidade no século passado” (p. 23). Como resposta ao problema, o Estado vem se incumbindo de controlar e reprimir a produção e uso de substâncias consideradas ilícitas, ações estas respaldadas por tratados internacionais⁷. Esse modelo de abordagem é denominado, por vários autores, como proibicionista, uma vez que se utiliza da proibição como estratégia primordial para redução da oferta, do consumo e do conseqüente abuso de drogas ilícitas⁸.

No momento em que o consumo abusivo de drogas passou a ser visto como um problema, houve o surgimento de medidas para enfrentamento dessa nova questão, ora pautadas na criminalização do uso e proibição de determinadas substâncias, ora guiadas pelo viés da saúde pública a partir da criação de novas legislações e espaços de cuidado. É seguindo o viés da saúde pública e da inclusão da questão do uso problemático de drogas no âmbito de intervenção das políticas públicas que são pensadas e postas em prática novas formas de cuidado a esses indivíduos, a exemplo dos Centros de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD)⁹.

O CAPS AD, de acordo com as premissas da reforma psiquiátrica, é um serviço público, de atenção diária, voltado não só para o tratamento dos usuários em relação ao uso de drogas mas, também, para sua reinserção familiar, social e comunitária. O CAPS propõe a quebra do modelo de cuidado tradicional, alterando a maneira de lidar com o sofrimento mental e seus determinantes. O cuidado aos usuários passa a ser prestado nesses serviços de lógica comunitária, visando a atuação no próprio território de cobertura e ampliando o processo de cuidado aos familiares e a questões de âmbito social⁹⁻¹³.

Diante da importância desse serviço no cuidado aos indivíduos que fazem uso problemático de drogas - uma vez que o mesmo representa um avanço em relação ao modelo asilar e excludente anterior à reforma psiquiátrica –, cabe perguntarmos: Quais são o significado e o sentido que o serviço tem para os usuários? O que eles procuram? Como entendem e vivenciam o serviço?

Significado e sentido são compreendidos e abordados, nesse trabalho, como categorias diferentes, porém constituintes. O significado diz respeito ao constructo social, ao que é vivenciado em grupo, na coletividade. O sentido, por sua vez, abarca a individualidade, ou seja, aquilo que é apreendido pelo indivíduo a respeito de algo, mas que não o descola do meio social¹⁴. A respeito dos termos significado e sentido, retratam Paula et al.¹⁵:

[...] significado corresponde a um sistema de relações que foi constituído de forma objetiva através de um processo histórico, ou seja, quando o significado da palavra é assimilado, apreende-se a experiência social. Já o sentido corresponde ao individual e pode designar algo completamente diferente de pessoa para pessoa e em circunstâncias diversas. (p. 123)

Embora ambas as categorias tenham relação com o meio social, podendo representar conteúdos diversos com o transcorrer dos acontecimentos que envolvem a existência, o significado relaciona-se a conteúdos mais consolidados. Já o sentido representa uma região mais oscilante, uma vez que tem um perfil mais abrangente¹⁶. Em outras palavras, o significado concerne às representações coletivas a respeito de um determinado assunto. Representações essas que, ao serem apropriadas pelos indivíduos, sofrem configurações referentes às subjetividades de cada um. Por outro lado, o sentido remete ao indivíduo e às suas particularidades, mas sem deixar de levar em conta a ligação com o contexto social. Sobre o sentido, referem Aguiar e Ozella¹⁶:

[...] o sentido subverte o significado, pois ele não se submete a uma lógica racional externa. O sentido refere-se a necessidades que, muitas vezes, ainda não se realizaram, mas que mobilizam o sujeito, constituem o seu ser, geram formas de colocá-lo na atividade. O sentido deve ser entendido, pois, como um ato do homem mediado socialmente. A categoria sentido destaca a singularidade historicamente construída. (p. 227)

Tendo em vista os conceitos supramencionados e o papel das drogas na vida em sociedade, esse estudo teve como objetivo identificar os significados e sentidos do CAPS AD para seus usuários, levando em conta esses sujeitos em sua totalidade e seus objetivos com o tratamento.

Metodologia

O presente estudo foi realizado em um CAPS AD II, localizado na região Sudoeste da cidade de Campinas, e teve como abordagem a pesquisa qualitativa. Para coletar os dados, foram realizadas nove visitas ao serviço, resultando em sete meses de pesquisa de campo e 11 entrevistas efetuadas. O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada, e os depoimentos foram analisados a partir do método de análise de conteúdo. Segundo Bardin¹⁷, a análise de conteúdo é “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” (p. 40).

É importante reforçar que o método qualitativo não se resume à não adesão de números, porcentagens, cálculos, etc.¹⁸, mas que, para além disso, procura identificar significados, opiniões e representações descritas a partir de diálogos. Nesse sentido, o método qualitativo nos pareceu ser ideal para esse estudo. A respeito desse tipo de metodologia, Turato¹⁸ discorre:

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O *significado* tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde. (p. 509)

A escolha da entrevista individual semiestruturada como instrumento de coleta de dados se justifica devido à complexidade e à especificidade do campo e dos entrevistados. Desta forma, buscou-se não limitar as questões a serem abordadas, levando em conta informações que não estavam previstas, mas sem perder o foco da pesquisa.

No começo de cada entrevista, solicitamos que o usuário entrevistado dissertasse sobre a sua história de vida, sempre relacionando com o uso de drogas até o momento atual e sua relação com o CAPS. Cada entrevista teve duração de vinte a 49 minutos, e só pôde ser realizada mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todas as entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes, resultando num total de cinco horas, 36 minutos e 46 segundos de áudio gravado, que, posteriormente, foram transcritos para a realização da análise.

Focando na viabilidade da execução da pesquisa no que tange ao acesso aos usuários, a amostra se deu de forma intencional e por conveniência, uma vez que, ao mesmo tempo em que houve critérios para a seleção dos entrevistados, o exame qualitativo foi proposto apenas para aqueles que estavam presentes no serviço no dia em que as entrevistas foram realizadas, ou seja, sem agendamento prévio.

Por ser uma pesquisa qualitativa, a amostra foi selecionada tendo em vista sua diversidade e abrangência para o procedimento de assimilação¹⁹. Desta forma, os critérios de inclusão para participar da entrevista foram: usuários que já tinham, pelo menos, um mês de acompanhamento no CAPS; homens e mulheres; diferentes drogas de uso, e que foram acolhidos no serviço entre os anos de 2012 e 2015.

A quantidade de usuários entrevistados foi determinada pelo critério de saturação, que, segundo Minayo¹⁹, representa “o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo” (p. 197-8).

Na medida em que as entrevistas foram realizadas, os passos dados em seguida foram as transcrições e, por fim, as análises. Nesse caminhar, identificamos colocações bastante variadas, mas que, com o decorrer do processo de investigação, foram se aproximando e desvelando similaridade entre os entrevistados. Ao verificarmos que os objetivos estavam contemplados nos relatos desses indivíduos, com distinções e familiaridades, finalizamos o processo de coleta de dados.

Durante o processo de avaliação das entrevistas, o caminho foi percorrido da seguinte maneira, de acordo com Bardin¹⁷: descrição analítica – “enumeração das características do texto, resumida após tratamento”; inferência – dedução lógica – interpretação – “significação concedida a estas características” (p. 41).

Na análise de conteúdo, foram identificadas as categorias mais presentes nos discursos dos entrevistados, assim como ideias semelhantes, expressões e palavras recorrentes. Tendo em vista a importância das singularidades das falas e histórias contadas, foi feita uma “decifração estrutural” de cada entrevista¹⁷. A decifração foi realizada com auxílio da análise de enunciação, análise essa que, segundo Minayo¹⁹:

Considera que na produção da palavra elabora-se, ao mesmo tempo, um sentido e operam-se transformações. O discurso não seria um produto acabado, mas um momento de criação de significados com tudo o que isso comporta de contradições, incoerências e imperfeições. Esse tipo de estudo parte da ideia de que, nas entrevistas, a produção da fala é, ao mesmo tempo, espontânea e constrangida pela situação. (p. 312)

Todas as entrevistas foram iniciadas com uma pergunta disparadora que convidou os entrevistados a dissertarem livremente sobre: suas trajetórias de vida em relação ao uso, sua chegada no CAPS, e o que isso trouxe de consequências para a sua vida. A essa pergunta, cada usuário respondeu de uma forma diferente.

Dentre tantas informações que puderam ser constatadas, foi possível identificar, na fala dos entrevistados, 59 categorias, das quais 43 se repetiram, pelo menos, uma vez entre eles. Dentre as categorias mais presentes nos discursos, estão: a história de uso da droga, a relação familiar, relatos de infância, visão do CAPS, e consequências do tratamento e rotina de uso. Não cabendo a esse artigo abordar todas as 59 categorias, daremos especial destaque ao que foi proposto como objetivo dessa pesquisa.

No que tange às questões éticas desse estudo, participaram das entrevistas somente os pacientes que aceitaram dar sua contribuição, tendo a liberdade de desistir da sua participação a qualquer momento. A identidade dos entrevistados foi mantida em anonimato, levando em conta a Resolução 466/12, a qual regulamenta as pesquisas em seres humanos no Brasil e atualiza a Resolução 196/96. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Análise e discussão: significados e sentidos do CAPS AD

Decifrar os significados e sentidos que o CAPS tem para seus usuários indica compreender: suas formas de se relacionarem com o serviço, quais demandas buscam responder com esse cuidado especializado, e como o CAPS responde às suas demandas e solicitações. Dito isto, foi possível identificar quatro categorias apresentadas nas falas dos usuários em relação ao sentido e significado do CAPS: local de acolhimento, apoio e cuidado; espaço de resolução de problemas dos usuários; local que reinsere socialmente; e, por último, um serviço ineficiente em suas ações.

O significado atribuído ao CAPS como um serviço de acolhimento, apoio e cuidado foi relatado de maneira quase que unânime entre os usuários. Dentro dessa categoria, surgiram falas que descreviam o CAPS como um local onde é possível encontrar forças para continuar e contar com o auxílio de pessoas que estão sempre dispostas a ouvir e contribuir com suas colocações. Essa identificação do CAPS como um espaço de acolhimento pode ser vista, também, em outras pesquisas^{20,21}.

Para a maioria, o CAPS foi significado como um local que proporciona coisas boas e que sempre recebe seus usuários de portas abertas. Algumas colocações elucidando esse significado do CAPS como espaço amigável chamaram particular atenção:

"[...] vim e pedi ajuda de novo aqui, porque aqui é o único lugar que pode me ajudar [...]". (Mulher, 37 anos)

"As pessoas tratam a gente aqui muito bem [...]". (Homem, 57 anos)

"Eu acho um lugar seguro. Um lugar bom, um lugar que protege, um lugar que dá assistência que a gente precisa. Pra falar a verdade, se tivesse alguma coisa de ruim eu falaria, porque não tenho porque esconder nada de ninguém, porque eu não devo nada pra ninguém daqui, então ninguém me deve nada pra mim. A única coisa que eu devo é satisfação, entendeu? E agradecimento de tudo que eles já fizeram por mim [...]". (Mulher, 37 anos)

"Assim, eu mesmo, é igual eu tava falando pro pessoal que veio aqui. Antigamente eu falava assim 'ah é, eles estão lá só porque eles estão sendo pagos, porque senão eles não tavam nem aí'. Algumas pessoas pode ser que seja assim, só que, eu fui tratada de uma forma assim, eles me acolheram aqui de uma forma assim tão carinhosa que eu me apeguei aos funcionários aqui do CAPS, entendeu?! Então assim, é igual eu falo pra eles, que eu agradeço muito todo o apoio que eles tava me dando, porque foi o que me ajudou, entendeu?! [...]". (Mulher, 20 anos)

"Agora aqui, quando eu corro pra cá, eu já me sinto bem porque o pessoal daqui trata a gente bem [...]". (Homem, 53 anos)

"Aqui eu me sinto bem e sou bem acolhido, apoiado. Falando por mim. Cada um tem um jeito de pensar né. Mas eu sou bem recebido, eu creio que sim. Acho que [...] eu gosto de tudo, de todas as pessoas, os profissionais. Eu acho também que todo mundo gosta de mim, num sei né, eu creio que sim [...]". (Homem, 44 anos)

Na mesma intensidade em que os usuários reconhecem o serviço de maneira positiva, eles deslegitimam a própria capacidade de crítica ao espaço. Quando solicitados a opinar sobre o serviço, quase sempre começavam suas argumentações diminuindo a si mesmos, como se, em decorrência da situação de dependência de drogas, não fossem capazes de fazer críticas a esse espaço.

“Crítica eu não tenho, crítica eu não tenho, nenhuma não, eu só tenho que agradecer a eles aí por essa força que eles nos dá né [...]”. (Homem, 60 anos)

“Olha, eu vou ser sincero. Eu não tenho crítica nenhuma pra fazer, entendeu?! Acho que todo mundo desenvolve o seu papel aqui perfeitamente, você entendeu?! É [...] honestamente dizendo, eu num tenho que criticar, num tenho [...]”. (Homem, 41 anos)

“Ah, não. Eu? Quem sou eu pra criticar? Não posso criticar ninguém, nem cada um né”. (Homem, 44 anos)

Por outro lado, fora as consequências positivas do CAPS na vida desses usuários e o vínculo de respeito e confiança que é desenvolvido e conservado, há, também, um movimento de transição entre a relação de cuidado e troca para o de dependência do espaço na resolução de diversas questões do cotidiano.

Ao mostrá-lo como um local acolhedor e que proporciona o acesso a direitos para além da saúde, em algumas falas, foi perceptível uma relação de dependência muito intensa entre alguns usuários e o CAPS, em que os primeiros acabavam transferindo ao serviço a função de resolver demandas que não dizem respeito às atribuições dessa instituição. Esse contexto chama a atenção para o sentido conferido a essa instituição como um espaço de resolução de problemas dos usuários, deixando o tratamento em segundo plano.

É sabido que o público que, em geral, frequenta o CAPS é pertencente a camadas mais pobres²², e, diante desse contexto, sofre de carências consequentes da desarticulação e omissão de políticas públicas. Desta forma, ao enxergarem no CAPS a possibilidade de acesso a direitos sociais antes negligenciados, acabam, muitas vezes, realizando um movimento de cronificação na rede^{23,24}.

Ao ser indagada se, a partir do CAPS, ela vem tendo acesso a mais direitos, uma usuária respondeu: “Mais acesso, eu tenho mais ajuda. Sozinha eu não tenho ajuda de ninguém” (Mulher, 37 anos).

Por outro lado, quando questionada a respeito do sentimento de autonomia a partir dos direitos acessados, ela trouxe: “Ah, por enquanto sim, né, mas não totalmente. Eu queria ter ganhado a minha casa, ninguém resolve nada pra mim [...]” (Mulher, 37 anos).

O diálogo apresentado indica o sentido do CAPS para essa usuária e coloca, em xeque, uma possível debilidade do serviço na promoção da autonomia, que se constitui como uma das diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPs)²⁵. Ao mesmo tempo que a usuária reconhece um maior acesso a direitos, ela transfere, ao CAPS, uma função que não está a cargo do serviço e se desresponsabiliza da ação.

O sentido do CAPS como ambiente de reinserção social também se fez manifesto. Ocorreram relatos em que houve um reconhecimento das ações e articulações desse serviço para a reinserção de seus usuários na sociedade. Essa interpretação esteve presente em usuários em acompanhamento no serviço há mais de dois anos, que se referem à boa relação com os funcionários e à forte relação de vínculo.

“Às vezes você tá meio perdidão, tipo, você para de usar droga, mas não sabe como você vai voltar ao convívio social, entendeu?! E o CAPS ajuda em tudo isso. Porque o CAPS ele ajuda, porque de uma forma ele não faz assim, oh: eu vou tratar você, você vai parar de usar droga, parou de usar droga e tchau. Não, ele prepara tudo. Ele traz a gente, a gente faz o tratamento. Na hora que a gente tiver bem eles ajudam a voltar ao convívio na sociedade, entendeu!? [...]”. (Mulher, 20 anos)

Para além dos sentidos fundamentados no reconhecimento de apoio, cuidado e reinserção social, relatos relacionados ao desprezo também foram assinalados, como mostra a fala: “Aqui eles estão me desprezando. Num tem outra consulta marcada pra mim. Eu vim pra cá num sei como. Eu venho pra ser consultado e eles não aceita. Num fala nada” (Homem, 37 anos).

Quando questionado sobre sua opinião a respeito do tratamento, esse mesmo usuário respondeu: “Tem vez que é muito demorado pra atender a gente. Num tenho muita paciência, ficar sentado

esperando. Demora muito [...] Eu num sei se é porque é muito serviço pra eles. Eles marcam um horário, num é esse" (Homem, 37 anos).

O sentido do CAPS como um local que despreza, tendo como base as críticas do usuário supramencionado, pode ser reflexo de um serviço que atende a uma demanda maior do que sua própria capacidade. Diante disto, chamamos atenção para algumas informações importantes a respeito do serviço. Embora a instituição em estudo seja um CAPS II e esteja localizada na região Sudoeste da cidade, ela é responsável por atender tanto sua região de instalação quanto a região Noroeste. De acordo com dados da Prefeitura de Campinas de 2010, a região Sudoeste da cidade abrangeu 234.804 habitantes, e a Noroeste, 123.484. Juntando as duas regiões, há um total de 358.288 habitantes, sendo que esse quantitativo de indivíduos reside na área de cobertura desse CAPS AD²⁶.

Logo, por ser um CAPS II, de atenção diária, e contar com uma equipe reduzida, esse serviço precisa se desdobrar para dar conta das demandas diárias. Com isso, certamente, nem todas as necessidades dos usuários poderão ser atendidas, gerando críticas ao processo de trabalho. Esse quadro chama atenção para a emergência de novas estratégias de organização, de forma que não sobrecarregue a equipe e não desassistia seus usuários.

Considerações finais

Consumir drogas é um fenômeno antigo que, provavelmente, existe desde o surgimento da humanidade. Esse ato está relacionado a outras manifestações humanas como: a cultura, a busca por sensações prazerosas e, também, a manutenção da vida. Embora o uso de drogas seja algo muito presente em nosso cotidiano e faça parte de cerimônias religiosas e manifestações culturais, pode proporcionar sensações e consequências não esperadas e/ou desejadas a priori, se mal administrado. É no enredo do uso de drogas que extrapola as dinâmicas sociais e que pode ocasionar – ou ser fruto de – problemas familiares, sociais, psicológicos e de saúde, que este trabalho se debruçou.

Esse trabalho mostrou que, para a maioria dos usuários, o CAPS é significado como um local de apoio, ajuda e acolhimento. Local que mantém as portas abertas para recebê-los sempre que necessitam e quantas vezes for preciso. Ao respeitar as escolhas dos usuários e atender às demandas para além do mero uso de drogas, o CAPS estabelece vínculos importantes com esses indivíduos.

Tendo em vista que o CAPS é uma instituição pensada para lidar com a questão do uso abusivo e/ou dependente de drogas tanto no âmbito psicológico quanto no social, ele oferta serviços que buscam atender a tais demandas de maneira integrada. Com vistas ao acesso à saúde, cidadania e reinserção social, o CAPS possibilita o uso de transporte gratuito e auxilia na retirada de documentos sem que haja custos, e lança mão de atividades do tipo laborativa com retorno financeiro.

Defendem-se como fundamentais todas as ações supracitadas, e há o reconhecimento de sua indispensabilidade no processo terapêutico. No entanto, em detrimento da vulnerabilidade social de alguns dos usuários, ao verificar a possibilidade de acesso a direitos e benefícios através do CAPS, o tratamento, às vezes, perde sua função terapêutica, e passa a ter como objetivo principal a resolução de questões sociais.

Nessa lógica, a promoção de autonomia deixa a desejar e, em seu lugar, é preservada uma relação de dependência com o serviço. Esse movimento remete a uma possível desarticulação entre as políticas públicas de saúde e assistência social, o que pode ser fruto de uma lacuna nas práticas de intersetorialidade. Preserva-se a argumentação de que esse quadro não pode ser visto de forma isolada, apenas a partir do CAPS, sendo necessário estudar, em conjunto, as práticas de ações em outras instituições da rede de atenção psicossocial.

Os comentários de um dos usuários a respeito do desprezo que sente dentro do CAPS e da demora para ser atendido podem ser reflexo de um serviço sobrecarregado. Esse quadro chama atenção para a necessidade de fundação de outros CAPS ou de ampliação do mesmo serviço para que possa atender às demandas de forma eficiente.

No geral, o significado que o CAPS tem para esses indivíduos é de um espaço que acolhe e cuida. Cuidado este que, ao ser exercido, vem criando relações de vínculo e, assim, potencializando a

terapêutica do espaço. Por outro lado, também carrega outros sentidos, uma vez que, ao representar acesso aos direitos e benefícios antes inalcançáveis, gera dependência, podendo caminhar na contramão da produção de autonomia. É preciso ponderar entre o acesso a direitos e à construção de autonomia, de forma que o serviço não deixe de atuar no âmbito social desses usuários e possa, de forma conjunta, promover a reinserção social e o empoderamento desses indivíduos.

Colaboradores

As autoras participaram ativamente na discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Simões JA. Prefácio. In: Carneiro HS, organizador. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba; 2008. p. 13-21.
2. Helman CG. *Cultura, saúde e doença*. 5a ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
3. Tófoli LF. Conceitos básicos nos transtornos de uso, abuso e dependência de crack, álcool e outras drogas. In: Mazitelli F, Santos V, Malcher MN, Santos J, Nogueira D, Obara M, et al., organizadores. *Desenvolvendo e articulando o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade*. Curitiba: CRV; 2015. p. 35-43.
4. Uchôa R. *Jovens, lazer e consumo de drogas*. Recife: Arte Sensu; 2007.
5. Labate BC, Fiore M, Goulart SL. Introdução. In: Carneiro HS, organizador. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Edufba; 2008. p. 23-38.
6. Carneiro HS. A fabricação do vício [Internet]. In: *Anais do 13º Encontro Regional de História*; 2002; Belo Horizonte, Brasil. Belo Horizonte: Revista de História - Departamento de História/ICHS/UFOP; 2002. [citado 15 Jun 2015]. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_hen1.pdf
7. Fiore M. *Uso de "drogas": controvérsias médicas e debate público*. Campinas: Mercado de Letras; 2007.
8. Carneiro HS. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Rev Outubro*. 2002; 6(6):115-28.

9. Ministério da Saúde (BR). Portaria/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define as normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam assistência em saúde mental. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
10. Ministério da Saúde (BR). A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília (DF): MS; 2003.
11. Luzio CA, L'abbate S. A reforma psiquiátrica: aspectos históricos e técnicos-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(20):281-98.
12. Brasil. Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas; 2005; Brasília. Brasília: OPAS; 2005. p. 5-51.
13. Surjos LTLS, Onocko-Campos R. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. *Rev Latino-Am Psicopatol Fund*. 2011; 14(1):122-33.
14. Wazlawick P, Camargo D, Maheirie K. Significados e sentidos da música: uma breve "composição" a partir da psicologia histórico-cultural. *Psicol Estud*. 2007; 12(1):105-13.
15. Paula ML, Jorge MSB, Albuquerque RA, Queiroz LM. Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. *Saude Soc*. 2014; 23(1):118-30.
16. Aguiar WMJ, Ozella S. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição de sentidos. *Psicol Cienc Prof*. 2006; 26(2):222-45.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2010.
18. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saude Publica*. 2005; 39(3):507-14.
19. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
20. Oliveira RF, Andrade LOM, Goya N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):3069-78.
21. Cardona HEH. Gerenciamento de caso em usuários de crack: contribuições para o tratamento e qualificação da intervenção profissional de um CAPS ad do DF [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2013.
22. Rosa LCS, Onocko-Campos RT. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serv Soc Soc*. 2013; (114):311-31.
23. Surjus LTLS. Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (Centros de atenção psicossocial) de Campinas [dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2007.
24. Costa PHA. Mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas: um estudo exploratório [dissertação]. Juiz de Fora (MG): Universidade Federal de Juiz de Fora; 2014.
25. 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 Ssaúde; 2011.
26. Campinas. Município de Campinas [Internet] [acesso 2015 Jun 30]. Disponível em: http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/publicacoes/populacao_residente_grandes_regioes.php

Lacerda CB, Fuentes-Rojas M. Significados y sentidos atribuidos al Centro de Atención Sicosocial Alcohol y otras Drogas (CAPS AD) por sus usuarios: un estudio de caso. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(61):363-72.

El objetivo de este artículo es presentar los significados y sentidos que un Centro de Atención Sicosocial Alcohol y otras Drogas (CAPS AD) tiene para sus usuarios. En este estudio de carácter cualitativo se realizaron entrevistas semi-estructuradas con once usuarios que eran acompañados en el servicio. Los significados y sentidos más presentes en los discursos indicaron una relación positiva con el servicio, visto como un local de apoyo y cuidado. También se constató que el CAPS, al mostrarse como local acogedor y que proporciona el acceso a derechos que van más allá de la salud, precisa ponderar entre el acceso a derechos y beneficios y la construcción de autonomía para que el servicio no deje de actuar en el ámbito social, sino que también pueda promover la reinserción social y el empoderamiento de esas personas.

Palabras clave: CAPS AD. Significados y sentidos. Drogas.

Submetido em 01/02/16. Aprovado em 30/06/16.

Produção do cuidado em Saúde Mental:

desafios para além dos muros institucionais

Thayane Pereira da Silva Ferreira^(a)

Juliana Sampaio^(b)

Adelle Conceição do Nascimento Souza^(c)

Dilma Lucena de Oliveira^(d)

Luciano Bezerra Gomes^(e)

Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. Care production in Mental Health: the challenges beyond institutional walls. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):373-84.

The paper puts forward a problematization on the challenges of deinstitutionalization of mental health care from a Psychosocial Care Center (CAPS) in João Pessoa, Brazil. The methodological approach was built in the day-by-day of the service, in which researchers participated in team meetings and accompanied the production of care within and outside the CAPS. In this continuing education process with the CAPS team it has been possible to visualize three movements: The invisibility of the “living territory” in the production on the care networks; the need for matrix support as an articulator of actions of CAPS and primary care, and the deadlocks for deinstitutionalization of life. Finally, we trust that along the movement of opening to the living world of the city, the mental health care could produce care beyond the psychological distress, engaging with the production of life.

Keywords: Deinstitutionalization. Mental health. Psychiatric reform.

O artigo traz algumas problematizações sobre os desafios da desinstitucionalização no cuidado em saúde mental a partir de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de João Pessoa, Brasil. O percurso metodológico se deu no cotidiano do serviço, no qual os pesquisadores participavam das reuniões de equipe e acompanhavam a produção do cuidado dentro e fora do CAPS. No processo de educação permanente junto à equipe do CAPS, foi possível produzir visibilidade a três movimentos: a invisibilidade do território vivo na produção das redes de cuidado; a necessidade do matriciamento como articulador das ações do CAPS e a atenção básica; e os impasses para a desinstitucionalização da vida. No entanto, apostamos que, no movimento de abrir-se ao mundo vivo da cidade, a saúde mental consiga produzir cuidados para além do sofrimento psíquico, se ocupando com a produção de vida das pessoas.

Palavras-chave: Desinstitucionalização. Saúde mental. Reforma psiquiátrica.

^(a) Departamento de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, Cidade Universitária. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900. thayane.silva01@hotmail.com

^(b,d,e) Departamento de Promoção da Saúde, Centro de Ciências Médicas, UFPB. João Pessoa, PB, Brasil. julianasmp@hotmail.com; dilmalu_jp@yahoo.com.br; lucianobgomes@gmail.com

^(c) Psicóloga. João Pessoa, PB, Brasil. adellenascimento@gmail.com

Introdução

A reforma psiquiátrica brasileira surge na década de 1970, em consonância com diversos outros movimentos mundiais que vinham ocorrendo à época, na busca de denunciar práticas asilares opressoras e que infligiam os direitos humanos dos usuários no campo da saúde mental¹.

O referido movimento é um processo ético, político e social, que busca pautar uma série de ressignificações no modelo de cuidado em saúde mental, afetando trabalhadores, usuários, familiares, gestores, além de significativa interferência no território e no imaginário das pessoas nele inseridas¹.

O cuidado passa a ter como premissa a defesa da vida e a percepção dos usuários como cidadãos pertencentes à comunidade. Para tanto, é necessário considerar as conexões relacionais que envolvem o sujeito que é cuidado e entendê-las como produtoras de vida.

Desse modo, a mudança de paradigma advinda da reforma psiquiátrica assume, além de uma dimensão técnica (revisão das práticas de cuidado), uma dimensão cultural, na defesa por uma mudança do valor social da loucura, que permita aos sujeitos vivenciarem e participarem da vida comunitária. Alves² aponta que:

Os indivíduos desenvolvem maneiras peculiares de estarem no mundo e de vivenciarem seus sofrimentos, alegrias, frustrações, vitórias e inseguranças. Da mesma maneira, estabelecem relações com suas experiências de enfermidade que são singulares e sustentadas em determinado campo relacional. (p. 54)

O estabelecimento de um cuidado de base comunitária, considerando os sujeitos e suas conexões no território³, vem impulsionando novas respostas à multidimensionalidade dos indivíduos e à complexidade do cuidado. Porém, a produção destas redes de cuidado – que potencializam a atenção às pessoas com transtornos mentais ao ampliarem seus espaços de circulação – se configura como grande desafio dentro da rede de saúde mental⁴.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) surgem nesse processo com o objetivo de viabilizar a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental. Estes são definidos como dispositivo estratégico para a reordenação do modelo de atenção em saúde mental, tendo como objetivo: promover e potencializar a contratualidade social do usuário, realizar atendimento clínico, ser ordenador da rede e oferecer apoio matricial em saúde mental para a atenção básica¹.

O fortalecimento do debate sobre cuidado territorializado passa pelo reconhecimento dos CAPS como dispositivo fundamental e coloca a necessidade de transcender o entendimento de território como mera delimitação de espaços geográficos. Guattari e Rolnik⁵ apontam que:

[...] A noção de território deve ser entendida num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que fazem dele a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos. (p. 323)

Vincular essa noção de território às práticas cotidianas dos serviços tem sido um grande desafio para a construção de novas formas de cuidado em saúde mental que visem a emancipação dos usuários sob suas próprias vidas, garantindo seu protagonismo e participação cidadã na comunidade.

Alverga e Dimenstein⁶ afirmam que parte desses desafios se deve à permanência dos ‘desejos de manicômios’ nas práticas e concepções profissionais que, muitas vezes, reproduzem uma atenção à saúde voltada ao isolamento, controle e tutela do outro. As mudanças dessas práticas de cuidado consistem, assim, em ações de agenciamento com o território, identificando as conexões relacionais das pessoas que nele habitam.

Para Saraceno⁷, “as intervenções devem incorporar em suas estratégias o manejo dos fatores de proteção, que são aqueles que garantem aos sujeitos a possibilidade de viver a vida fora dos circuitos de institucionalização” (p. 13). Isto requer, portanto, uma complexidade das ações ofertadas que evitem o empobrecimento do mundo relacional das pessoas com transtornos mentais e ampliem suas possibilidades de manutenção na vida e na comunidade.

No entanto, alguns autores, como Merhy⁸, sinalizam a dificuldade em ser efetivado esse cuidado no território, o qual, muitas vezes, não extrapola os serviços substitutivos, já que “estes não conseguem abarcar a dimensão dos processos relacionais que acontecem no cotidiano das pessoas” (p. 17), o que causaria a manutenção de um cuidado ainda institucional.

Assim, pensar o cuidado em saúde mental como um acontecimento que produz vida e gera possibilidades de inserção do indivíduo na comunidade tem sido uma pauta importante no debate atual sobre a necessidade de mudanças de paradigmas no campo da saúde. Merhy⁹ afirma que:

Os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas {leve, leve- dura e dura} que comporta o cuidado, possibilitando a precedência do mundo das necessidades de saúde dos usuários e o reconhecimento de que a saúde é um valor de uso único e inestimável. (p. 16)

Acreditando na importância de se transporem os desafios da produção do cuidado em saúde mental e se potencializar, cada vez mais, um cuidado territorializado é que se localiza o debate deste artigo. Tendo em vista que as redes de cuidado são cotidianamente operadas pelos trabalhadores na micropolítica do trabalho em saúde⁸, o desenvolvimento de processos avaliativos nessas redes de saúde tem se mostrado imprescindível, a partir do entendimento de como ele é produzido em ato.

Nesta direção, tem sido desenvolvida, pela Linha de Pesquisa Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde, a pesquisa: *Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: avalia quem pede, quem faz e quem usa*, com o objetivo de avaliar a produção do cuidado nas redes temáticas propostas pelo Ministério da Saúde. Em João Pessoa, a pesquisa é desenvolvida por: professores da Universidade Federal da Paraíba, profissionais e gestores, analisando cinco redes temáticas. Dentre elas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Nesta direção, o presente estudo apresenta algumas problematizações, que vêm sendo produzidas entre pesquisadores, acadêmicos, profissionais de saúde, gestores e usuários, sobre os desafios de se produzir a desinstitucionalização do cuidado em saúde mental a partir dos CAPS.

Percurso metodológico

No rastreamento de modos de cuidados produzidos na RAPS de João Pessoa, tem se buscado espaços produtores de encontros que permitam a construção de narrativas de profissionais e gestores do campo da saúde mental. Neste percurso, o CAPS tem se apresentado como *lócus* fértil para tais encontros, já que é um serviço com função de coordenação da RAPS num determinado território, visando a produção de redes de cuidado para pessoas com transtornos psíquicos graves e persistentes. O CAPS que participou da construção deste estudo está habilitado na modalidade III, com funcionamento 24 horas e leitos de atenção à crise³. Ele funciona desde 2008 e, atualmente, conta com uma equipe multiprofissional de oitenta profissionais, sendo referência para três dos cinco distritos sanitários do município. Durante o período do estudo, a equipe contabilizou cerca de quatrocentos usuários em atendimento/mês.

Na aproximação com o serviço, foi pactuada a participação dos pesquisadores da universidade nas reuniões de supervisão clínico-institucional que aconteciam quinzenalmente no CAPS. A escolha pelas reuniões de supervisão clínico-institucional se deu em pactuação com a própria equipe do serviço que compreendia tal espaço como dispositivo para a discussão dos processos de trabalho da equipe. Contudo, a partir das afecções produzidas nos encontros com os atores envolvidos nos processos de

trabalho do CAPS, foi sendo produzida coletivamente uma agenda de trabalho cada vez mais intensa, com acompanhamento, por parte dos pesquisadores da universidade, do cuidado produzido pela equipe do CAPS dentro e fora do serviço.

Em todos os espaços compartilhados, os pesquisadores da universidade buscaram se misturar, intervindo e sugerindo; observando e sendo observados; sendo acolhidos e respeitados, mas, também, criticados quando apresentavam pontos de vistas diferentes aos da equipe do CAPS. Essa in-mundicização¹⁰, entendida como uma possibilidade de se misturar no mundo pesquisado, rompendo com a suposta neutralidade da cientificidade positivista, se desenvolveu entre os meses de fevereiro a julho de 2015, período no qual foram realizados trinta encontros com profissionais, gestores e usuários do CAPS, com duração média de quatro horas. Toda a vivência foi registrada em diários de campo e/ou gravada (com autorização de todos os presentes), o que possibilitou o resgate da memória e o processamento da experiência.

Atendendo às exigências éticas de pesquisas envolvendo seres humanos, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todas as pessoas envolvidas no estudo, sendo, anteriormente, o mesmo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Paraíba.

Todo o material produzido neste campo/encontro com os profissionais, gestores e usuários do CAPS foi analisado coletivamente em diferentes momentos/espacos, com diferentes atores. As produções dos encontros (narrativas, afecções, movimentos, etc.) serviram de argamassa para pôr em análise a produção do cuidado, junto com os atores nele envolvidos. Assim, o processamento/análise desse material ocorreu nos encontros cotidianos com os próprios profissionais e gestores do CAPS, reconhecendo-os como pesquisadores de seu próprio processo de trabalho/cuidado, concretizando, assim, a aposta numa pesquisa compartilhada. Estes foram pesquisadores, não no sentido da escrita deste manuscrito, mas na potência de colocarem em análise seus processos de trabalho, podendo refletir sobre o mesmo, produzindo juízos de valores e, em alguns momentos, até transformações nas suas produções de cuidado.

Este processamento/análise desses dados (produto dos encontros) teve como objetivo construir uma cartografia das redes de significações¹¹, que produzissem novas visibilidades sobre a produção do cuidado em saúde mental naquele CAPS, buscando identificar as práticas micropolíticas do trabalho em saúde⁸, que forjam a produção do cuidado. A partir de então, foi possível produzir algumas narrativas sobre os novos mundos que emergiam no compartilhamento dessas várias significações, fruto dos encontros com os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde mental.

Resultados e discussão

Nesta vivência junto ao CAPS III, emergiu, como mais expressiva dentre as significações sobre o cuidado, a prática centrada no espaço físico e simbólico do serviço, marcando a persistência de referenciais de institucionalização de pessoas com transtornos psíquicos. Tais modos de cuidado são apontados pelos próprios profissionais em reuniões de equipe com a supervisora clínico-institucional Rubi^(f) e com os membros da pesquisa.

A possibilidade de pôr seu processo de trabalho em análise, e dar visibilidade a formas cristalizadas de operá-lo no cotidiano se apresentou como primeiro passo para a proposição de novas formas de cuidado, o que, certamente, não se

^(f) Nome fictício.

dá de maneira mágica e repentina, mas deve propiciar um contínuo movimento de ressignificações e processamentos em educação permanente em saúde (EPS)¹². Nesta direção, a educação permanente se apresenta como um importante dispositivo de reflexão sobre a prática, possibilitando a gestão compartilhada dos processos de trabalho em saúde.

Neste movimento de EPS junto à equipe do CAPS, foi possível produzir visibilidade a três movimentos por ela vivenciados que parecem refletir entraves na própria organização da RAPS no município e, mesmo, da atual conjuntura da reforma psiquiátrica no Brasil. Estes impasses se referem: à invisibilidade do território vivo na produção das redes de cuidado; ao desafio de se produzir cuidado compartilhado: o matriciamento como articulador das ações do CAPS e a atenção básica; e aos impasses para a desinstitucionalização da vida: do confinamento ao controle.

A invisibilidade do território vivo na produção das redes de cuidado

O CAPS é um serviço de base territorial. Esta é uma afirmativa comum em discursos sobre a RAPS. Mas, o que, de fato, se quer dizer com isso? Para os profissionais do CAPS III de João Pessoa, ser de base territorial implica demarcar sua vinculação a um conjunto de equipamentos e outros serviços, com vista à atenção da saúde de um grupo populacional em um dado território geográfico¹³.

Vale salientar que o conceito de território é apreendido de formas distintas no campo da saúde. De modo sintético, nas últimas décadas, certas formulações, utilizando saberes oriundos da geografia crítica e do planejamento e programação local de saúde, defendem abordar o território para além da noção de paisagem e ambiente fixo, de modo a desencadear ações que vão desde microlocalizar os problemas de saúde nas regiões, até definir o modo de se articularem os serviços de saúde em áreas como os distritos e certas articulações em rede¹⁴.

Autores, como Milton Santos¹⁵, por outro lado, trazem para o debate a dimensão geopolítica do território, colocando em foco a produção do território, inclusive geográfico, em relação com as produções sociais, em especial, políticas. A partir dessas críticas, esta vertente passa a buscar outras perspectivas da noção de território, deslocando o conceito, de modo a abranger os territórios que configuram as diferentes políticas de produção de subjetividade¹⁶.

Assim, é possível delimitar que o CAPS é o serviço de referência para o distrito sanitário X ou Y, cobrindo a população dos bairros A, B e C, que são, por sua vez, assistidas pelas Unidades de Saúde da Família (USF) M, N e O. O CAPS deve acolher, assim, usuários de um determinado território e encaminhá-los, quando necessário, a outros equipamentos e serviços de referência a este mesmo território.

Nesta direção, o CAPS organiza seu processo de trabalho definindo miniequipes para assumirem a referência terapêutica dos usuários de diferentes territórios/bairros de sua área de abrangência. Assim, a referência terapêutica não passa pela vinculação usuário-técnico, mas por uma estratificação territorial.

Esta, sem sombra de dúvida, é uma forma de compreender a delimitação do território adscrito para uma equipe de CAPS, sustentada na lógica da organização de redes de serviços hierarquizadas. A produção de redes, neste sentido, se dá pela possibilidade de encaminhamentos de usuários para determinados serviços, implicando fluxos mais ou menos padronizados de referência e contrarreferência.

Contudo, para Saraceno¹⁷, os serviços de saúde mental devem ser compreendidos como de base comunitária, a partir da sua capacidade de produzir vínculos não apenas com serviços, mas, fundamentalmente, com a comunidade.

Um serviço de saúde mental de alta qualidade é um sistema de espaços físicos e de recursos humanos capaz de interagir com a atenção básica a saúde, outros setores do sistema sanitário, outras agências sociais e com a comunidade circundante.¹⁷ (p. 99)

Nesta perspectiva, ser de base comunitária implica trabalhar no e com o território existencial de cada indivíduo, ou seja, com seu modo de produção de vida, costurando redes de cuidado, a partir dos recursos disponíveis na vida cotidiana de cada usuário¹⁸.

A referência do trabalho territorial vem sendo largamente abordada na atenção básica, na qual se defende a promoção da saúde a partir do acionamento das potencialidades que cada território geográfico dispõe ou pode produzir¹⁹. Neste sentido, são propostas ações de saúde na própria comunidade, o mais próximo da vida cotidiana dos usuários, articulando os recursos comunitários na produção de redes de apoio social²⁰.

Os CAPS têm como função – assim como as equipes de saúde da família, em um dado território – ordenar redes de cuidado²¹, articulando os equipamentos e recursos disponíveis. Uma questão que parece crucial é pensar quais recursos são considerados, pelas equipes de CAPS, como possíveis de serem acionados. Na experiência acompanhada, a maioria das referências é para equipamentos públicos, em especial, da saúde, assistência social e educação. Os espaços comunitários e suas estratégias de produção de vida são, em sua maioria, invisibilizados. Os profissionais conhecem muito pouco da vida pulsante no território, no qual são referência em saúde mental. Onde há praças? Onde há grupos de mulheres ou associações comunitárias? Onde há grupos de *hip-hop*, grafiteagem ou skate? Onde há igrejas e grupos religiosos? Onde há “boca de fumo”, prostituição e violência?

Contudo, no CAPS, não existem esses mapas, nem outra forma de reconhecimento de tais territórios. Alguns profissionais que, por acaso, em sua vida “extraprofissional”, circulam em alguns bairros desta área adscrita, sabem da existência de alguns desses equipamentos comunitários, mas tal conhecimento não é sistematizado, compartilhado em equipe, nem considerado no momento da proposição de estratégias terapêuticas para os usuários.

Numa reunião de equipe do CAPS, o profissional Diamante^(g) aponta a dificuldade que o serviço tem de articular o território, sobretudo com as redes informais. Ele defende a importância de se produzirem conexões/parcerias com grupos comunitários existentes nos territórios e lembra-se de um caso em que conseguiram vincular uma usuária a um grupo de capoeira. A supervisora Rubi fala da importância de a equipe conhecer os territórios e a pesquisadora RAC sugere a confecção de um mapa, semelhante aos que existem nas Unidades de Saúde da Família (USF), no qual a equipe marcaria com alfinetes as informações importantes sobre o território. Chamou a atenção que apenas poucos profissionais conheciam este tipo de estratégia de mapeamento do território e que, passados três meses após esse convite (que foi reforçado em outras reuniões), nenhum movimento foi produzido no sentido de a equipe mapear os recursos disponíveis nos territórios em que vivem seus usuários.

O desconhecimento da vida pulsante nas esquinas das casas dos usuários é de tal ordem que os profissionais não sabem dizer, sem consultar os prontuários, em que bairro vivem os usuários, ou, mesmo, a qual ESF estão vinculados. Frente a este desconhecimento, são lançadas novas inquietações ao grupo de pesquisadores trabalhadores e gestores do CAPS: Quais as implicações que tal desconhecimento traz para a produção do cuidado? Para este mesmo profissional Diamante, para efetivar a reforma psiquiátrica, é preciso inserir o usuário no mundo, “fora da RAPS”. Ou seja, é preciso possibilitar que este usuário produza vida para além dos equipamentos da saúde, que possa construir trocas simbólicas nas ruas de sua cidade, exercitando a cidadania. Somente assim será possível produzir uma sociedade que incorpore a loucura como possibilidade e potência de vida, efetivando a dimensão cultural da reforma¹⁷. Porém, esse tipo de fala faz eco por parte da equipe.

Para Merhy⁸, a produção do cuidado só é possível quando a vida do outro tem valor. Se produção de cuidado é produção de vida, e a vida não pode estar institucionalizada em serviços de saúde, é preciso produzir redes de cuidado na

(g) Nome fictício de um profissional do serviço.

cidade, para que nela seja possível produzir vida e saúde. O cuidado, então, não pode estar circunscrito ao CAPS, como descrito por alguns profissionais que, orgulhosamente, declaram que o usuário prefere estar no serviço, pois é ali onde se sente reconhecido como sujeito, e não como “o louco”. Reconhecer que a loucura é posta entre parênteses apenas nos serviços especializados em saúde mental é reconhecer, em última instância, o fracasso na efetivação de princípios da reforma psiquiátrica, como a desinstitucionalização. Pois, como apontam Alverga e Dimenstein⁶, apenas será possível, efetivamente, desconstruir os manicômios físicos e simbólicos, que teimam em aniquilar a existência de sujeitos com sofrimento psíquico, quando for possível produzir relações sociais que suportem a presença da diferença em sua radicalidade.

O desafio de se produzir cuidado compartilhado: o matriciamento como articulador das ações do CAPS e a atenção básica

O matriciamento é pauta em quase todas as reuniões de equipe do CAPS III. Quinzenalmente, a equipe é convocada, pela supervisora Rubi, a discutir e problematizar as ações de matriciamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território de abrangência do CAPS. Durante estas discussões, são colocados os impasses que persistem na articulação entre os serviços substitutivos e a ESF, para a construção do cuidado compartilhado e integral.

Dentre esses impasses, os trabalhadores do CAPS apontam a falta de interesse e apropriação teórica da equipe da ESF para discutir os casos que demandam cuidado em saúde mental em seu território.

[...] a equipe de saúde da família não se mostra parceira no cuidado, e nós profissionais do CAPS nos “sujeitamos” a esta, que diz o dia e horário que podem nos receber. Quando conseguimos marcar um dia, a equipe de atenção básica mostra pouco interesse em discutir o cuidado em saúde mental [...]. (Profissional Diamante)

Buscando enfrentar esta dificuldade da Equipe de Saúde da Família (EqSF), um único profissional do CAPS assume, efetivamente, a responsabilidade pelo matriciamento das equipes da atenção básica. Sua ação visa apresentar a Rede de Atenção Psicossocial do município, para subsidiar a construção de estratégias de cuidado compartilhada entre ESF e demais estações de cuidado da RAPS. Contudo, para o conjunto dos profissionais do CAPS, mesmo com as ações de matriciamento (uma reunião de quatro horas com cada equipe da ESF do município), a atenção básica continua incapaz de produzir ou coordenar projetos terapêuticos singulares que englobem as potencialidades do território na produção do cuidado; ou, mesmo, de realizar adequadamente os encaminhamentos dos usuários aos serviços especializados da RAPS.

O matriciamento, assim como problematizado pela supervisora Rubi e pelas pesquisadoras da universidade, se justifica na medida em que o CAPS, como articulador da rede de atenção à saúde mental, deve realizar: discussões sobre os casos, intervenções conjuntas e suporte técnico-pedagógico junto com as equipes da ESF. Estas ações têm como foco principal potencializar o cuidado comunitário e a corresponsabilização dos casos existentes, aumentando a capacidade resolutiva das equipes locais frente aos problemas de saúde mental nos territórios²².

No debate da equipe sobre o matriciamento, é problematizada, pelos profissionais, sua dinâmica e a falta de envolvimento dos demais profissionais do CAPS. “O matriciamento deve ser visto como uma ação do CAPS, e não minha”, queixa-se o profissional Ônix^(h). Parece haver uma desmotivação da equipe com

^(h) Nome fictício de um profissional do CAPS.

esta ação, sustentada pela afirmativa de que trata-se de um “trabalho de formiguinha”, pois, mesmo com tantos esforços, a ESF continua desconhecadora da RAPS e incapaz de realizar o cuidado territorial.

Propondo um novo olhar para o matriciamento, a Rubi aponta a necessidade de o CAPS pautar uma agenda com a ESF para a discussão de casos que demandem cuidado no território. Assim, o matriciamento seria um dispositivo para a articulação de redes e cuidado compartilhado entre CAPS e ESF. Consequentemente, não seria o profissional Ônix que demandaria a participação dos demais profissionais no matriciamento, pois estes passariam a demandar, de Ônix, a articulação e agendamento das ações de matriciamento para dar encaminhamento a casos específicos.

Estas problematizações não parecem produzir eco na equipe, que parece não conseguir dar visibilidade a situações em que o CAPS demandaria da ESF a construção compartilhada de projetos terapêuticos para seus usuários, foco principal do apoio matricial²³, mas já se torna um problema para Ônix, Rubi e outros profissionais, que parecem acolher tais problematizações.

Neste sentido, parece ser ainda um desafio produzir, no grande grupo, novos sentidos para o matriciamento, com vistas à efetivação da desinstitucionalização do cuidado, na medida em que implica a construção de redes de cuidado compartilhado e territorializado em saúde mental, mas, nos movimentos micropolíticos, algumas mudanças parecem ser operadas.

Impasses para a desinstitucionalização: do confinamento ao controle

Nos debates travados em equipe, alguns profissionais da equipe trazem à cena as concepções que norteiam o cuidado ofertado em saúde mental. Ônix, profissional do CAPS, ao afirmar que “[...] muitos trabalhadores da própria equipe apresentam lógicas manicomiais, e isso é difícil, porque não conseguem oferecer a assistência como preconiza as diretrizes do CAPS”, convoca a todos a repensarem que cuidado é esse que está sendo produzido. E se, com o ‘manicômio mental’²⁴ ainda presente nas práticas, é possível produzir um novo modelo de cuidado.

Alguns autores⁶ apontam que os ‘desejos de manicômio’ ainda encontram-se presentes nas práticas em saúde mental. Segregar, classificar, medicalizar e controlar a vida têm sido ainda as principais formas de assistência às pessoas com transtornos mentais²⁵. O estigma da loucura e o biopoder exercido nas práticas observadas/relatadas/discutidas trazem à luz os desafios para a desinstitucionalização das pessoas e a efetivação da reforma psiquiátrica.

Diante do exposto, surgem reflexões sobre quais caminhos a produção do cuidado em saúde mental tem trilhado, e em que medida a captura dada pelas lógicas manicomiais tem exercido controle sobre a vida do outro, o impedindo de percorrer novos campos existenciais e de produção de vida. A fala do profissional Diamante revela um pouco do panorama atual das práticas assumidas no CAPS: “Aqui, dentro do CAPS, tem gente que trabalha como se estivesse em um hospital psiquiátrico”.

Um dos dispositivos para a superação do modelo manicomial é o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Este tem como finalidade permitir a construção dialógica entre profissionais, usuários e familiares na construção de possibilidades de cuidado que sejam interessantes e viáveis para todos os envolvidos.

Na realidade vivenciada, a construção de PTS, muitas vezes, limita-se à oferta do cardápio de ações disponíveis no serviço. Assim, é o usuário que se adequa ao que o serviço tem a oferecer, e não o contrário, no sentido de o serviço buscar produzir ações específicas para necessidades singulares dos usuários. Nesta adequação institucionalizante, parece correr o risco do abafamento dos desejos e dos diferentes modos de subjetivação.

A equipe do CAPS, por vezes, encontra-se capturada pela rotina do serviço, limitando as ações do PTS nos espaços institucionais, desconsiderando a potencialidade do território que aquelas pessoas vivem, com vista ao cuidado em redes.

Para tanto, é fundamental considerar que a construção do PTS pressupõe o reconhecimento do território existencial do usuário e suas redes vivas de cuidado ou descuidado, assim como as linhas de fuga possíveis para a produção de novos modos de subjetivação. Saraceno⁷ aponta que esses projetos devem englobar estratégias de cuidado que sejam compreendidas como um processo contínuo e integrado de ações orientadas a responder as necessidades das pessoas.

A experiência nesta pesquisa aponta para a necessidade de novas significações na construção dos PTS que esteja implicada com a circulação dos usuários nos diferentes territórios geográficos da cidade, facilitando a produção de novas redes de cuidado e de vida para o sujeito no mundo.

Talvez, assim, seja possível que, efetivamente, a loucura seja posta entre parênteses, não apenas no CAPS, mas nos diversos espaços de convivência do sujeito. Ou melhor, que a perspectiva do olhar dos trabalhadores possa extrapolar os parênteses em que ela se enquadra. Pois, mais do que usuários aprisionados em processos medicalizantes, talvez esteja aprisionada a capacidade de os profissionais perceberem e lidarem com os usuários, que, de certa forma, sempre extrapolam os parênteses, queiram os trabalhadores perceber isso ou não⁸.

É importante que os projetos terapêuticos facilitem a saída do usuário do serviço, sem, contudo, levar o serviço consigo, como marca de sua institucionalização. Assim, parece ser estratégico pensar em formas de transitar com o usuário na cidade sem camisas ou carros institucionais, sem blocos de carnaval ou faixas de luta antimanicomial. Sair como cidadão que circula pelas praças e bairros, que vai à praia ou parque, sem que sua vinculação institucional seja sua principal identificação social.

A medicalização, como dispositivo de controle dos corpos e da vida²⁶, também é denunciada por alguns profissionais em seus processos de discussão do trabalho. Rubi cita uma situação que vivenciou no serviço, ao ouvir, de um profissional, que o “[...] usuário em crise só poderia ser atendido pelo médico e que a equipe não poderia atendê-lo, pois era necessário que ele fosse medicalizado”. E outro profissional, Cristal, complementa assegurando que a “[...] institucionalização e medicalização dos ‘doentes mentais’, ainda é muito viva e presente nos serviços de saúde mental [...]”.

A institucionalização seria, portanto, esse confinamento que “muitas vezes se mantém grudado ao corpo, dentro da alma”²⁷ (p. 71), que impede às pessoas ocuparem outros espaços. Ela transcende a estrutura física dos manicômios e é constantemente reeditada em práticas manicomializantes nos diversos serviços de saúde. Superar tal controle implica o reconhecimento e efetivação da diversidade de modos de existência e a sua circulação na cidade, produzindo trocas simbólicas que permitam conexões de vida. Nesta direção, o cuidado seria: “A construção de outros projetos de vida que não dependam exclusivamente dos serviços, que consiga escapar das práticas tutelares sem desassistir e criar fluxos de encaminhamentos que de fato efetivem uma rede de assistência”²⁸ (p. 197).

Mas, como produzir autonomia para que o sujeito possa circular pela cidade quando o cuidado se confunde com tutela? Duas cenas chamam atenção sobre isso: A primeira ocorre na avaliação da Marcha da Loucura realizada na semana de Luta Antimanicomial, em que os profissionais reclamaram da falta de banheiros químicos. Relataram precisar solicitar, para os usuários, o uso de banheiros aos lojistas da cidade. Mas por que os usuários não solicitaram, eles mesmos, o uso dos banheiros? Por que sua relação com os lojistas precisa ser mediada pelo profissional? Estariam os profissionais emprestando seu poder contratual⁷ aos usuários na negociação do acesso aos espaços públicos? Ou subestimando a capacidade de os mesmos exercerem tal contratualidade? A segunda cena se passa no refeitório do CAPS no horário do lanche, quando um profissional precisa ficar numa janelinha que separa a cozinha do refeitório, retirando um copo de suco e um sanduiche e entregando-os nas mãos dos usuários. Porque, novamente, essa mediação do profissional? Por que os usuários não seriam capazes de se servirem sozinhos?

A partir destas cenas, problematizamos que os serviços de saúde mental compõem, na maioria das vezes, a cena de um território existencial do usuário, participando de alguma forma de sua vida e das suas relações, desempenhando um certo papel na vida do mesmo. Estes papéis, por sua vez, podem ser de apoio à expansão de redes vivas, ampliando e enriquecendo as suas relações e experiência, ou podem favorecer o empobrecimento das redes de apoio do usuário, funcionando a partir do exercício de certo controle e cristalização de papéis, despotencializando a vida e a produção de linhas de fuga do sujeito.

Nesse sentido, apostamos que a mobilização dos profissionais aos recursos do território junto aos usuários, pode modificar os fluxos das relações de poder, fazendo-o junto com estes. Istopor sua vez, não impede que os usuários possam fazê-lo sozinhos, mas, em momentos, é necessário que os profissionais exerçam seu poder e emprestem-no para que os usuários acessem banheiros, lojas, ou outros locais, até que as proibições sejam vencidas.

Merhy⁹ traz, para o debate, o tema da tutela, apontando que, em todo cuidado, há uma dimensão tutelar. Contudo, este autor explicita que esta tutela pode, ao mesmo tempo, aprisionar o sujeito ou libertá-lo para o caminhar na vida, já que: “o mesmo lugar, ocupado pela interdição, é também espaço de encontro autopoietico” (p. 3).

Assim, a tutela autonomizadora no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, busca, a todo instante, produzir movimento no qual o agir vivo de um dispara produção de vida no outro. Por outro lado, a tutela que gera dependência tem um efeito castrador nas possibilidades produtivas do sujeito perante sua vida.

Por isso, é fundamental estar atento ao paradoxo – do aprisionamento e da libertação – que envolve o ato de cuidar, de modo que o cuidado não aprisione o sujeito, mas, pelo contrário, o possibilite caminhar pela vida.

Entendemos que este cuidado emancipador e enriquecedor da vida provoca a desterritorialização/reterritorialização do trabalhador, a todo momento, na produção do cuidado, uma vez que este exige dos mesmos se recolocarem no encontro com o outro, se metamorfoseando cotidianamente nas suas práticas e relações com os usuários e todos os atores do território.

Considerações finais

A produção de encontros e narrativas junto ao CAPS III, para cartografar modos de produção do cuidado na RAPS em João Pessoa, permitiu problematizar algumas dificuldades vivenciadas por profissionais e gestores do serviço em se territorializar no mundo vivo dos seus usuários¹⁰. Ser um serviço de base territorial deve significar muito além de estar num determinado espaço geográfico, mas pertencer a certo mundo, habitado por pessoas que produzem modos de existir singulares.

A efetivação da desinstitucionalização do cuidado em saúde mental passa pela possibilidade do trânsito do usuário na rua, sem o sobrenome do serviço em sua identidade: Ser João, simplesmente, e não João usuário do CAPS. Nesta reinvenção de novos modos de cuidado, pode-se questionar: Como produzir novos processos de trabalho que possibilitem a invenção de modos de cuidados que trasbordem a estrutura física dos CAPS, de tal forma que não caibam dentro de seus muros institucionais todas as suas ofertas terapêuticas? Como possibilitar que territórios comunitários sejam cenários para oficinas terapêuticas ofertadas pelo CAPS, permitindo que o usuário viva a cidade e esta reconheça a presença cotidiana da loucura em suas ruas, praças e cantos? Talvez nesse movimento, de se abrir ao mundo vivo da cidade, a saúde mental possa produzir cuidados para além do sofrimento psíquico, se ocupando com a produção de vida das pessoas.

Colaboradores

Thayane Pereira da Silva Ferreira e Juliana Sampaio realizaram a escrita do artigo, participaram ativamente da análise e discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho. Adelle Conceição do Nascimento Souza, Dilma Lucena de Oliveira e Luciano Bezerra Gomes contribuíram com a redação do artigo, discussão sobre os resultados e revisão final da escrita.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). 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): Ministério da Saúde; 2005.
2. Alves PCB. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(8):1547-54.
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 336-02, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a definição e estabelecimento de diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.
4. Barros JO, Mângia EF. Rede social e atenção às pessoas com transtornos mentais: novo desafio para os serviços de saúde mental. *Rev Ter Ocup Univ Sao Paulo*. 2007; 18(3):135-42.
5. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografia do desejo*. Petrópolis: Vozes; 1996.
6. Alverga AR, Dimenstein M. Reforma psiquiátrica e os desafios para a desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*. 2006; 10(20):299-316.
7. Saraceno B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia; 1999.
8. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2002.
9. Merhy EE. Cuidado com o cuidado em Saúde: saiba explorar seus paradoxos para defender a vida. [Internet]. 2004 [citado 12 Dez 2015]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-09.pdf>.
10. Gomes MPC, Merhy EE. *Pesquisadores in-mundos: um estudo da produção de acesso e barreira em saúde mental*. Porto Alegre: Editora Rede Unida; 2014.
11. Rolnik S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade; 1989.
12. Merhy EE, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colect*. 2006; 2(2):147-60.
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):297-305.
14. Paim JS. *Desafios para a saúde coletiva no século XXI*. Salvador: EDUFBA; 2006.
15. Santos M, organizador. *Território: globalização e fragmentação*. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 1998.
16. Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 7a ed. Petrópolis: Vozes; 2005.
17. Saraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: Pitta A, organizador. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2a ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 13-8.
18. Martó JB. La vulnerabilidad relacional: análisis del fenómeno y pautas de intervención. *Redes – Rev Hisp Anal Redes Soc* [Internet]. 2006 [citado 12 Dez 2016]. Disponível em: <http://revistaredes.rediris.es/>.
19. 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.
20. Martins RM. A relevância do apoio social na velhice. *Millenium (Rev ISPV)* [Internet]. 2005 [citado 10 Maio 2015]; 31. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/429>.

21. Ministério da Saúde (BR). Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF): Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE; 2004.
22. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (Cadernos de Atenção Básica, nº 39.) Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014.
23. 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.
24. Pelbart PP. Manicômio mental: a outra face da clausura. In: Lancetti A, organizador. *Saúde e loucura 2*. São Paulo: Hucitec; 1990. p. 130-8.
25. Machado LD, Lavrador MCC. Loucura e subjetividade. In: Machado LD, Lavrador MCC, Barros MEB, organizadores. *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001. p. 45-58.
26. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes; 1984.
27. Baptista LA. Narrações contemporâneas: vagabundos e turistas nas práticas da saúde mental. In: Jacó-vilela AM, Cerezo AC, Rodrigues HBC, organizadores. *Clio-Psyché hoje: fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará, Faperj; 2001. p. 71-84.
28. Amorim AKMA, Dimenstein M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):195-204.

Ferreira TPS, Sampaio J, Souza ACN, Oliveira DL, Gomes LB. La producción del cuidado en salud mental: desafíos más allá de los muros institucionales. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):373-84.

El artículo presenta algunas problematizaciones sobre los desafíos de la desinstitucionalización en el cuidado de salud mental con base en un Centro de Atención Psicosocial (CAPS) de João Pessoa, Brasil. La dirección metodológica fue dada en el cotidiano del servicio, en el cual los investigadores participaban en las reuniones de equipo y acompañaban la producción del cuidado dentro y fuera del CAPS. En el proceso de educación permanente, juntamente con el equipo del CAPS, fue posible proporcionar visibilidad a tres movimientos: la invisibilidad del territorio vivo en la producción de las redes de cuidado, la necesidad de la organización matricial como articuladora de las acciones del CAPS y la atención básica y, por último, los callejones sin salida para la desinstitucionalización de la vida. Sin embargo, nuestra apuesta fue en el sentido de que en el movimiento de abrirse al mundo vivo de la ciudad, la salud mental consiga producir cuidados que vayan más allá del sufrimiento síquico, ocupándose con la producción de vida de las personas.

Palabras clave: Desinstitucionalización. Salud mental. Reforma psiquiátrica.

Submetido em 18/03/16. Aprovado em 24/06/16.

“Uma doença da mulher”:

experiência e significado do câncer cervical para mulheres que realizaram o Papanicolau

Edemilson Antunes de Campos^(a)
Lidiane Mello de Castro^(b)
Francine Even de Sousa Cavalieri^(c)

Campos EA, Castro LM, Cavalieri FES. “A woman’s illness”: experience and meaning of cervical cancer of woman who underwent Pap test. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):385-96.

This paper seeks to understand the experience and meanings of cervical cancer for women who underwent Pap Test. We conducted a qualitative research using semi-structured interviews with women who lives at Jardim Keralux, located at the eastern zone in São Paulo city, Brazil. Cervical cancer is considered an “invincible disease” when it is in an advanced stage. Its “causes” refer both to precariousness of the healthcare system, some religious beliefs and somebody humoral conceptions. It is a disease marked by gender relations, which asymmetrically defines the relationship between men and women with their family. Cervical cancer is conceived as a female disease, thus is a women’s responsibility to take care of their health through the Pap Test.

Key words: Uterine cervical neoplasm. Illness. Gender. Papanicolaou Test. Women’s health.

Este artigo busca compreender a experiência e os significados do câncer cervical por mulheres que realizam o Papanicolau. Realizou-se pesquisa qualitativa, com entrevistas semiestruturadas, com mulheres, moradoras do Jardim Keralux, localizado na Zona Leste da Cidade de São Paulo, Brasil. O câncer cervical é considerado uma “doença invencível” quando está em estágio avançado, cujas “causas” remetem tanto à precariedade da atenção à saúde quanto às crenças religiosas e às concepções humorais do corpo. Trata-se de uma doença marcada pelas relações de gênero, que definem, assimetricamente, as relações entre o homem e a mulher no interior da família. O câncer cervical é concebido como uma doença do gênero feminino, de maneira que cabe à mulher cuidar de sua saúde por meio do Papanicolau.

Palavras-chave: Neoplasia do colo do útero. Experiência da doença. Gênero. Teste de Papanicolaou. Saúde da Mulher.

^(a) Curso de Obstetrícia, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo (USP). Rua Arlindo Bettio, 1000, Ermelino Matarazzo. São Paulo, SP, Brasil. 03828-000. edicampos@usp.br

^(b) Doutoranda, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, USP. São Paulo, SP, Brasil. lidineoz@usp.br

^(c) Mestranda, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, USP. São Paulo, SP, Brasil. wfcavalierei@gmail.com

Introdução

O câncer cervical é uma neoplasia maligna, que ocupa um lugar de destaque, chamando a atenção da comunidade científica, das autoridades médicas e governamentais de vários países, particularmente, do Brasil. Segundo estimativas mundiais para o ano de 2012, esse era o quarto tipo de câncer mais frequente entre as mulheres, com, aproximadamente, 527 mil casos novos, sendo responsável pelo óbito de, aproximadamente, 265 mil mulheres, configurando-se em um importante problema de saúde pública¹.

Dada as altas taxas de prevalência desse câncer na população feminina, a realização periódica do Papanicolau é considerada a melhor estratégia para a prevenção, e deve ser disponibilizado às mulheres com vida sexual ativa, na faixa etária de 25 a 64 anos, que é considerada a de maior incidência desse tipo de câncer².

Embora seja o único câncer para o qual existe um exame clínico que permite sua prevenção, detecção precoce e tratamento, no Brasil, não há reduções significativas na morbimortalidade das mulheres, em idade reprodutiva, acometidas pelo câncer cervical³.

As pesquisas da área de ciências sociais e saúde têm evidenciado o modo como os aspectos socioculturais, em particular, as relações de gênero, influenciam na adesão das mulheres ao Papanicolau⁴.

O conceito de gênero procura promover a distinção entre o dado e o construído, isto é, entre o natural e o sociocultural, destacando que a realidade é sempre uma construção social, particularmente, aquela que diz respeito às relações entre o homem e a mulher⁵. Com efeito, a relação assimétrica entre o homem e a mulher, própria das relações de gênero, pode inibir a procura pelo Papanicolau, pois incide diretamente sobre a vida sexual e reprodutiva.

Outro aspecto importante diz respeito à dimensão psicossocial na realização do Papanicolau. Com efeito, são apontadas as dificuldades encontradas pelas mulheres na realização do exame, tais como: o medo dos resultados e de um possível diagnóstico de câncer; a falta de privacidade nos exames e de humanização no atendimento; a falta de sensibilização profissional para as rotinas de exames, e a baixa prioridade do profissional no atendimento integral às mulheres, revelando sentimentos como vergonha, medo e insegurança^{6,7}.

O câncer evoca uma pleora de imagens e significados. Ele está associado a uma doença incurável, à morte, e marca profundamente a experiência do doente⁸.

É assim que o objetivo deste artigo é o de compreender a experiência e os significados do câncer cervical por mulheres que realizaram o Papanicolau, e, por essa via, analisar o modo como os aspectos socioculturais operam na prevenção desse tipo de câncer.

Ao encontro do outro: uma pesquisa qualitativa com mulheres que realizaram o Papanicolau

Para dar conta dos objetivos propostos, realizou-se uma pesquisa qualitativa, com abordagem etnográfica, entre 2011 e 2013, com mulheres que realizaram o Papanicolau, moradoras do Jardim Keralux, localizado no distrito de Ermelino Matarazzo, na Zona Leste da Cidade de São Paulo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP (CEP-EEUSP) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, de São Paulo (CEPSMS-SP).

Quando se chega ao Jardim Keralux, ou “Kera”, como é conhecido por seus moradores, depara-se com uma paisagem típica das periferias das grandes cidades brasileiras: ruas sem pavimentação e esburacadas, terrenos baldios e esgoto correndo a céu aberto. Posteriormente, percorrendo as ruas do bairro, podem-se discernir traços importantes de sua formação social. A maioria da população é composta por migrantes nordestinos, que vieram a São Paulo em busca de trabalho e da melhoria de suas condições de vida.

O dia a dia do Jardim Keralux revela um bairro, cuja paisagem é composta por casas simples, ou inacabadas, ou em processo de construção, e que servem de local de moradia, ao mesmo tempo, para a própria família e para a de seus filhos, quando estes vêm a se casar.

A família é uma referência simbólica fundamental, no interior da qual se reproduzem, assimetricamente, as relações de gênero, que marcam o contexto sociocultural no qual as mulheres estão inseridas. Assim, enquanto ao homem cabe prover o sustento da família, à mulher cabe cuidar dos filhos, administrar o dinheiro, organizar a casa e prover o cuidado de sua saúde e de sua família.

A escolha desse local deveu-se ao fato de que é um bairro cuja população é considerada vulnerável para o acesso das redes de proteção à detecção precoce e tratamento do câncer cervical. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é o único acesso ao serviço de saúde daquela população, majoritariamente atendida pelo sistema público.

A metodologia escolhida para realização desta pesquisa foi a etnografia, que tem como objetivo compreender cientificamente uma dada realidade sociocultural, a partir do ponto de vista “nativo”⁹⁻¹¹. Trata-se de um método utilizado, tradicionalmente, pela Antropologia, com o objetivo de compreender o ponto de vista dos sujeitos da pesquisa, a partir dos significados que determinadas práticas sociais têm para aqueles que as vivenciam.

Nessa perspectiva, realizou-se um itinerário etnográfico no sentido estabelecido por Geertz¹², a saber, uma “descrição densa”, na qual se busca compreender os significados que dão sentido aos atos cotidianos, tornando-os inteligíveis para aqueles que os praticam. Buscou-se compreender a experiência e os significados do câncer cervical por mulheres que realizaram o Papanicolau.

Quando indagada sobre o Papanicolau, uma das mulheres entrevistadas afirma: “como é para a prevenção, é bom para a saúde; tem que fazer” (Eliana, entrevistada 05), reconhecendo sua importância para a prevenção do câncer cervical e para o cuidado de sua saúde. As mulheres mobilizam um conjunto de significados sobre o câncer cervical, que estão ligados diretamente ao contexto no qual elas estão inseridas, operando com os códigos sociais e culturais que atuam no processo saúde-doença, e, por essa via, orientam suas práticas de saúde, que reafirmam a necessidade da prevenção por meio do Papanicolau.

O encontro das mulheres que fizeram parte desta pesquisa se deu, num primeiro momento, por meio da agente de saúde, que atua no Jardim Keralux. Após a familiarização com o campo da pesquisa, o contato com as mulheres foi feito sem a necessidade de mediação da agente de saúde. Assim, elas foram selecionadas por meio da técnica denominada “bola de neve”, na qual elas indicam outras para possível participação na pesquisa.

As entrevistas foram individuais e semiestruturadas, e aconteceram entre os anos de 2012 e 2013. Todas concordaram em participar da pesquisa e assinaram o TCLE, e são tratadas, aqui, por nomes fictícios, como forma de garantir o anonimato e o sigilo de suas informações.

Nesta pesquisa, foram entrevistadas nove mulheres, sendo que todas são migrantes da região Nordeste do Brasil e moram em São Paulo há pelo menos dez anos. Todas são mães de, pelo menos, um filho, uma delas é dona de casa, enquanto as demais também trabalham em locais próximos ao Jardim Keralux, desempenhando funções que não exigem uma formação técnica ou superior. Todas elas fazem o Papanicolau periodicamente, pelo menos, uma vez por ano. O Quadro 1 apresenta os dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas com o objetivo de identificar, por meio da inferência, os núcleos de sentido presentes nas narrativas, visando uma síntese interpretativa, que possibilitou compreender as experiências e os significados do câncer cervical para essas mulheres moradoras da periferia da Cidade de São Paulo.

Quadro 1. Dados sociodemográficos das mulheres entrevistadas

Nome	Idade	Naturalidade	Religião	Estado Civil	Filhos	Profissão	Frequência Papanicolau
01 Yolanda	37	PI	Católica	Solteira	01	Auxiliar Serviços Gerais	Duas vezes ao ano
02 Vânia	32	BA	Católica	Solteira	01	Operadora de Máquinas	Duas vezes ao ano
03 Mari	45	BA	Católica	Viúva	01	Dona de Casa	Uma vez ao ano
04 Maísa	31	BA	Católica	Casada	01	Ajudante de Cozinha	Uma vez ao ano
05 Eliana	36	RN	Evangélica	Casada	02	Auxiliar Serviços Gerais	Uma vez ao ano
06 Márcia	38	PE	Evangélica	Solteira	01	Ajudante Geral	Uma vez ao ano
07 Sandra	45	SP	Não inf.	Casada	05	Auxiliar de Limpeza	Uma vez ao ano
08 Sílvia	31	BA	Católica	Casada	02	Auxiliar de Limpeza	Duas vezes ao ano
09 Marcela	44	PE	Evangélica	Casada	04	Auxiliar de Limpeza	Uma vez ao ano

Experiência e significado do câncer cervical

Em uma casa do Jardim Keralux, na Zona Leste da Cidade de São Paulo, o relógio na parede marca 15 horas. Na cozinha, Sílvia, entrevistada 08, prepara um café antes de iniciarmos nossa conversa. Nessa casa, onde moram ela, o marido e duas filhas, a auxiliar de limpeza, natural de Jequié, na Bahia, senta-se e, quando indagada, sobre o Papanicolau, começa a narrar sobre sua mãe, que morreu vítima do câncer cervical:

“Minha mãe estava bastante debilitada. Ela fazia exames; passou em um monte de lugares e nada. Ela lutou uns três anos e prejudicou a perna direita; ela só andava de muleta, porque o câncer atingiu a perna. E foi assim que o médico descobriu que ela estava com câncer e que não tinha mais jeito. Eles descobriram em julho e ela morreu em dezembro de 1999. Depois que descobriu, ele falou não tem mais jeito e ela não lutou mais. Enquanto ela não sabia o que era a doença ela lutava, lutava, lutava, mas quando o médico falou que não tinha mais jeito; que era câncer, ela se jogou. E foi se acabando em cima da cama até o dia em que Deus a levou”.

O diagnóstico do câncer provoca uma reação em sua mãe, preocupada com o cuidado dos filhos:

“Antes, a gente ajudava e a levava pra debaixo do pé de manga. Porque na roça tem muito pé de fruta, então a gente a levava e ela ficava o dia todo. Depois que ela soube [do câncer], ela não quis sair mais do quarto; nem a janela ela queria que a gente abrisse. A gente falava: ‘deixa abrir a janela pra correr um sol, uma ventilação’ e ela falava: ‘Não! Pode deixar fechada, não abre!’ Ela ficou naquela situação, porque ela chorava, chorava, e falava: ‘eu vou deixar meus filhos com quem?’ Meus irmãos eram muito pequenininhos”.

Em seguida, ela narra o momento em que sua mãe é levada para o hospital, diante do agravo de sua doença:

“Faltando uns três dias pra ela morrer, o tumor estourou. Ela tava sentada na cama e pediu pra eu e minha irmã a descer da cama. Ela não conseguia ir ao banheiro, e, quando a gente a desceu, aquela coisa fez um barulho bem forte: tchaaa! Aí, ela olhou pra gente e vimos que tinha sangue pisado no chão e aquele cheiro insuportável. A gente a colocou na cama e demos banho. Ela falou: ‘me leva para o hospital’. Minha avó chegou e falou: ‘não vou levar você para o hospital’. E, ela falou assim: ‘mãe me leva para o hospital, porque eu não quero morrer perto dos meus filhos’. Aí minha avó falou assim: ‘você não vai morrer’. Ela chamou todos os filhos e falou pra gente: ‘Não briga! Não é pra vocês brigarem; um ajuda o outro, fica em paz, porque eu sei que vou e não volto’”.

Emocionada, Sílvia começou a chorar. Perguntei a ela se queria parar a entrevista, mas ela quis continuar:

“Então, aí ela foi para o hospital. Ela ficou a quarta, quinta, que era Natal. Quando foi no dia 25, dia de Natal, ela pediu pra eu ficar com ela e ficamos juntas. Minha irmã, que ficava com ela, falou: “você tem que dar água de coco pra ela hidratar”. Mas, ela não engolia e ficava com a água na boca e depois jogava pra fora. Ela usava fralda e elas é que a limpavam. Aí, quando foi meia noite, ela me chamou e começou a delirar. Ela delirava e falava coisas emboladas. Ela começou a virar o olho e pegava minha mão e apertava. Aí, eu comecei a desesperar, eu chorava e gritava. A enfermeira veio, e eu disse pra ela que a minha mãe estava morrendo. Ela me disse: “calma, que sua mãe não tá morrendo”. Aí, deram uma injeção na minha mãe e a colocaram no soro. Ela começou a gritar e ficou bem agitada e eles a isolaram. Levaram minha mãe para uma sala cheia de aparelhos e a gente só a olhava pelo vidro. Eu comecei a entrar em desespero e me deram uma injeção com calmante, e eu fiquei lesada. Meu pai me levou pra casa e na noite no dia 26, minha mãe morreu às seis horas da tarde”.

A narrativa de Sílvia sobre o adoecimento de sua mãe nos coloca diante da intensidade de sentimentos e de emoções que o diagnóstico, os sintomas, o tratamento do câncer provocam, ao mesmo tempo em que dá um sentido às aflições e aos conflitos vividos pelo adoecimento e morte de sua mãe.

Good¹³ chama a atenção, em seu estudo, sobre narrativas de epilepsia na Turquia, para a importância dos estudos de narrativas de adoecimento, na medida em que problematizam as relações entre a experiência vivida e a cultura.

Nessa linha, narrar a experiência da doença não significa enfatizar apenas o caráter subjetivo da aflição, mas, ao contrário, significa afirmar sua ligação com a cultura, por meio da qual se definem seus conteúdos significativos.

A narrativa é o meio significativo pelo qual a experiência vivida se organiza no convívio com outros. Ao narrar uma experiência vivida, organizamos e damos uma ordem de sentido aos eventos, a partir dos códigos sociais e culturais próprios ao contexto no qual estamos inseridos.

Embora fundada na experiência intransferível da dor e do sofrimento, a narrativa de Sílvia utiliza-se de um código comum para expressar a dor, a emoção e os conflitos vividos diante da doença de sua mãe. Com isso, Sílvia dá um sentido à experiência da doença, por meio de uma linguagem que possibilita uma interpretação do mal que aflige sua mãe.

Good¹³ também aponta que os *significados* da doença, presentes na narrativa do doente, são construídos no interior de uma “rede semântica” (*semantic network*). Ou seja, os contornos da doença são delineados a partir do “ponto de vista nativo”, por meio de um conjunto de símbolos-chave que compõem uma rede de significações.

Na narrativa de Sílvia, o câncer é, assim, compreendido dentro de um quadro cultural diferencial, no qual é forjada uma rede de significados, em que a doença, a dor e o sofrimento vivido por sua mãe adquirem sentido.

Em sua narrativa, encontram-se algumas das categorias, expressões e imagens – orgânicas e morais –, que compõem uma rede de sentidos sobre o modo como ela interpreta o mal vivido por sua mãe, a partir de um léxico característico tanto do modelo biomédico como do contexto sociocultural no qual ela está inserida.

O primeiro indício dessa rede de significados é dado a partir do momento do diagnóstico médico: “o médico descobriu que ela estava com câncer”. Nesse momento, o mal e a aflição, vividos por sua mãe, passam a ser entendidos nos moldes objetivados pelo modelo biomédico, isto é, como o “câncer”, o “tumor”. O câncer passa a ser integrado à história de vida de sua mãe e de sua família, produzindo uma mudança nas relações consigo mesma e com seus familiares.

A literatura sociológica tem enfatizado o modo como o câncer se integra à biografia dos sujeitos, provocando uma alteração nas relações sociais e pessoais. Bataille¹⁴ enfatiza que o anúncio do câncer coloca o doente em estado de choque. Panagiots¹⁵ sublinha, em seu estudo sobre mudanças sociais

e biográficas em mulheres portadoras de câncer de mama, que o anúncio da doença é o momento crucial e responsável por uma mudança na trajetória da doente e de seus familiares.

A partir do diagnóstico médico, a vida de sua mãe se desagrega. O diagnóstico, produzido pelo discurso da autoridade médica, provoca um abalo em sua vida pessoal e familiar. A mãe deixa de “lutar” diante da revelação do câncer.

A narrativa de Sílvia também é eloquente na experiência do câncer cervical como uma doença que comporta uma multiplicidade de significados, os quais deslizam entre os planos: físico e moral, da vida pessoal e familiar. Quando narra sobre o câncer, ela mobiliza um rico conjunto de categorias para expressar os efeitos do câncer que provocaram a deterioração física e mental de sua mãe, bem como seus efeitos na esfera familiar.

Sílvia traça, então, uma nosografia do câncer cervical, a partir de uma sintomatologia orgânica: “ela só andava de muleta”; “usava fraldas”; “o tumor estourou”; “sangue pisado”, “cheiro insuportável”, “desidratação”.

Paralela a essa sintomatologia orgânica, encontra-se um leque variado de categorias para expressar os efeitos mentais do câncer: “ela não quis mais sair do quarto”, “ela chorava”, “delirava”, “agitação”.

Junto dessa sintomatologia física e mental, observa-se, também, a expressão de um “sintoma” moral, que aponta para os efeitos do câncer no campo de relações familiares: “preocupação com os filhos”.

Na linguagem da doença formulada por Sílvia, portanto, o câncer se traduz tanto a partir de seus efeitos sobre o organismo, atingindo o âmbito físico e mental da doente, como a partir de seus efeitos sobre o plano moral, afetando, sobretudo, o âmbito relacional da família.

Na narrativa de Sílvia também é possível visualizar a maneira como o câncer é associado à imagem de uma “doença invencível”, contra a qual a sua mãe não tem forças para lutar: Um inimigo mais forte, que debilita as forças de sua mãe, que “se jogou” na cama à espera da morte.

Apesar de todo o avanço alcançado nas pesquisas científicas sobre o câncer, as imagens da culpa, da dor, do medo, da morte, ainda são muito presentes, fazendo do câncer – para retomar a definição de Sontag – uma “doença metáfora”¹⁶, que comporta uma multiplicidade de significados, na tentativa de lhe atribuir um sentido, e, por essa via, controlar a doença e seus efeitos. O câncer torna-se uma metáfora a significar o mal presente na vida humana¹⁷.

Para Ricouer¹⁸, as metáforas não são apenas ornamentos nos discursos, mas oferecem uma inovação semântica, permitindo descortinar significados no interior de uma narrativa. As metáforas desempenham um papel central nas narrativas das experiências de doença, pois dão forma ao sofrimento individual e apontam no sentido de uma determinada resolução desse sofrimento¹⁹.

Na narrativa de Sílvia, a metáfora de uma luta, cujo desfecho já estaria selado, aciona um conjunto de reações físicas e morais, que afetam diretamente tanto o estado de ânimo de mãe para fazer frente à doença como sua vida familiar. Diante do fim inevitável, sua mãe pede para levá-la para o hospital, pois não queria morrer perto de seus filhos. Não sem antes exercer o papel moral de mãe e pedir para os filhos não brigarem e se ajudarem uns aos outros. A metáfora do câncer como doença invencível se projeta sobre a vida, traduzida, aqui, na forma de uma despedida: “fica em paz, porque eu sei que vou e não volto”.

O câncer cervical e as “causas” da doença

Nos últimos anos, apesar do avanço alcançado nas pesquisas científicas dos fatores genéticos, em seu diagnóstico e tratamento, o câncer cervical permanece uma doença associada a fatores de risco de ordem genética e comportamental²⁰.

Todavia, o fato de não existir uma definição etiológica explícita sobre a causa do câncer do colo do útero, não quer dizer que não possamos delinear os contornos de uma teoria da doença, definindo a maneira como as mulheres entrevistadas, moradoras do Jardim Keralux, entendem o câncer e suas possíveis causas.

Exemplo disso pode ser observado na resposta que Sílvia dá, quando indagada sobre a possível causa do câncer de sua mãe:

“Como ela teve 14 filhos e dois morreram, ficaram 12 vivos; ela teve todos os filhos em casa com parteira, e ela não ia ao médico para saber o que estava acontecendo. Então, em casa a parteira não fazia o processo e eu acho que ela deixava um resto de parto dentro. E aquele resto de parto prejudicou um tumor entre o rim e o útero”.

Já, Marcela, entrevistada 09, por sua vez, faz referência à esfera religiosa, para explicar uma possível causa do câncer: “Está tudo na bíblia. Então, foi por Adão e Eva que fez tudo isso. Porque na verdade, não era para nós sentir dor; não era para nós sofrer, mas porque eles não obedeceram a Deus, o mundo está assim. Ninguém conseguiu se livrar e vai de geração em geração”.

Seguindo a linha aberta por Kleinman²¹ e Good¹³, é preciso lembrar que a doença e seus desdobramentos só nos são acessíveis por meio da mediação da cultura, concebida como ordem simbólica, constituindo-se um modelo explicativo [*explanatory model*].

O modelo explicativo da doença, apresentado pelo doente e seus familiares, não pode ser entendido apenas como crença cultural, traduzível na linguagem do modelo biomédico. Ao contrário, ele define a própria realidade da doença, delineando seus contornos, modelando seus conteúdos significativos. Nessa linha, tanto as crenças do doente e de seus familiares como os valores da biomedicina representam uma resposta social e culturalmente organizada frente às desordens.

Um exemplo disso pode ser encontrado na maneira como Sílvia, entrevistada 08, explica os “limites” do diagnóstico médico:

“Nem tudo médico não resolve. Alguma coisa sim. A vida, quem dá é Deus. Por exemplo: minha filha tá tossindo, e para curar a tosse dela eu passei em quatro médicos diferentes. Todos os médicos passaram remédio: xarope, amoxicilina. Já o outro suspendeu, e disse que ela era muito nova pra tomar. O outro médico passou inalação com Berotec; e o outro já falou para suspender. Então, eu fiquei em um fogo cruzado. O que eu faço? Porque ela nunca melhorava. Então, eu comecei a dar xarope caseiro e inalação com soro de manhã. Ela ainda não tá bem, ainda tá tossindo um pouco, mas em vista do jeito que ela estava, agora, ela está bem melhor. Ela estava com um chiado no peito. E agora ela está bem melhor”.

Diante de uma enfermidade, tanto os médicos como os doentes e seus familiares elaboram uma interpretação para o mal, cujos significados devem ser buscados nos sistemas de interpretação aos quais eles estão ligados. Enquanto o médico decodifica os sintomas de seu paciente de acordo com as categorias presentes no modelo biomédico, cuja fundamentação é dada pelo conhecimento anatomofisiológico, o doente e seus familiares, por seu turno, têm uma compreensão própria de seu estado de saúde e elaboram uma interpretação para o mal que os aflige, cujos significados estão ligados aos valores próprios ao contexto sociocultural no qual eles estão inseridos.

É nessa perspectiva que Kleinman²¹ enfatiza a distinção entre a doença (*disease*), tal como entendida pela modelo biomédico, isto é, uma disfunção de órgãos e de sistemas, e a “doença experiência” (*illness*), que remete à experiência subjetiva do mal-estar sentido pelo doente.

Ora, as narrativas de Sílvia e Marcela sobre as “causas” do câncer remetem ao contexto social e cultural, nos quais ambas estão inseridas, e, por isso, podemos descortinar os modelos explicativos aos quais elas correspondem.

Marcela é uma mulher religiosa, evangélica, e atribui à religião a causa do adoecimento de câncer. É assim que ela narra seu encontro com a religião e a presença do mal no mundo:

“Quando eu morava em Pernambuco, eu nunca tinha visto uma bíblia. Eu fui ver uma bíblia aqui em São Paulo. Eu nunca tinha visto um pastor na minha frente. Porque lá, a gente morava num sítio e não tinha igreja. Eu não sabia o porquê as pessoas destruíam tanto. Mas, dentro

de mim, eu tinha a certeza que lá em cima no céu, existia um Deus. Eu não sabia nenhuma história; a história da bíblia e o porquê entrou tanto sofrimento na terra. Agora eu sei. Foi por causa de uma desobediência".

Ao mal biológico, proporcionado pelo câncer, é dada uma causa religiosa, que remete à desordem moral do mundo humano. A doença é uma ruptura com a ordem, um princípio de desordem que irrompe na vida humana e nos tira da rotina de nosso dia a dia.

Para Marcela, a doença se explica como um castigo divino, devido ao pecado original. Mas, a concepção que vê Deus e o pecado na origem das doenças e do mal, não é apenas uma explicação de ordem etiológica. Trata-se de um discurso sobre a ordem do mundo, que a doença faz romper. É assim que Marcela explica, com um cântico de louvor, a desordem provocada pela doença, fruto do pecado original: "Por Adão, o pecado no mundo entrou. Ninguém dessa lei conseguiu se livrar".

Já, Silvia, é nascida em Jequié, sertão do Estado da Bahia, e, para ela, a causa do câncer de sua mãe está ligada a um contexto social, marcado pela desigualdade social e pela precariedade dos serviços de saúde: "ela [sua mãe] não ia ao médico para saber o que estava acontecendo".

A mãe de Silvia tem seu câncer diagnosticado em 1999, aos 43 anos, momento em que ela tem contato com o sistema de saúde, que a coloca dentro dessa malha de cuidados produzida pela reforma sanitária do final dos anos 1980. A explicação que Silvia dá para o adoecimento de sua mãe nos leva a pensar, portanto, sobre a precariedade da assistência à saúde, ligada à desigualdade social e econômica, que marca a sociedade brasileira, sobretudo, antes da criação do SUS. Quando indagada se sua mãe tinha feito o exame preventivo do câncer cervical, ela responde: "A gente morava na roça e não tinha médico [...] minha mãe nunca fez esse exame".

A mãe de Silvia teve 14 filhos em casa, todos assistidos por parteira. Para ela, o câncer de sua mãe também teria como causa os "restos de parto", que ficaram dentro de seu corpo, pois, segundo ela, a parteira "não fazia o processo". Essa explicação remete à teoria humoral das causas das doenças, muito presente nas camadas populares.

As explicações dadas por Silvia nos remetem, também, à reflexão sobre uma teoria nativa sobre as causas do câncer. O câncer aparece ora como uma "doença endógena", cujas causas seriam individuais; um agravo causado pelos "restos de partos", que ficaram dentro do corpo de sua mãe, ora como uma "doença exógena", cujas causas estariam ligadas à desigualdade social.

Essas duas interpretações não são contraditórias, pois são ligadas aos significados construídos em torno do câncer e que fazem dele o protótipo do mal de nossa época. O câncer é uma doença do indivíduo, mas ele não pode ser pensado senão a partir das relações sociais em que está inserido⁸. Se o câncer é uma doença do indivíduo, ele é também uma doença social.

Câncer cervical, doença e gênero

Durante a pesquisa, frequentemente, ouvi, das mulheres entrevistadas, que a mulher deveria se cuidar, pois estaria mais sujeita a ter alguma doença. Para Mari, entrevistada 03, a mulher, "tem que fazer o Papanicolau, para prevenir o câncer. Tem que se cuidar. A gente tem que se prevenir dessa doença. Não pode deixar de fazer o exame". Maísa, entrevistada 04, diz: "Eu acho um exame muito importante, porque através dele a gente pode descobrir se tem algum problema e tem como cuidar". E, para Yolanda, entrevistada 01: "A mulher tem que fazer mesmo. Ela tem que se conscientizar, porque previne. Se a doença for detectada a tempo, tem mais chances de cura".

Essas afirmações são significativas, pois indicam a maneira pela qual o câncer cervical é entendido como uma "doença da mulher", ligada aos valores diferenciais de gênero próprios ao contexto sociocultural no qual as mulheres estão inseridas.

Mas, como compreender essa relação entre câncer cervical e gênero?

Löwy²² aborda, em seu estudo sobre as relações entre câncer e gênero, o modo como, no final do século XIX e início do século XX, o câncer genital feminino ganha visibilidade, associado às crenças que faziam da mulher uma pecadora. É assim que se estabelece uma compreensão de que existiria uma "predisposição moral" de algumas mulheres serem acometidas por um tumor maligno²³.

Essa discussão é sugestiva, pois, mostra como a visibilidade do câncer cervical, ao longo da história, está diretamente ligada às questões de gênero, isto é, aos modos como a relação diferencial entre homens e mulheres é construída social e historicamente.

Apesar da grande magnitude do câncer de próstata entre os homens, o câncer cervical tem uma maior visibilidade, fazendo parte de campanhas públicas para a promoção da saúde da mulher, o que faz desse tipo de câncer uma “doença de gênero”²².

Um exemplo dessa lógica de gênero presente nos significados atribuídos ao câncer cervical e ao câncer de próstata e suas estratégias de prevenção pode ser constatado na narrativa de Sandra, entrevistada 07, quando indagada se seu marido faz o exame de toque retal: “Ele nunca foi ao médico. Ele já está com 47 anos e nunca foi. Eu falo: ‘Você é homem e precisa passar num urologista, para saber como que está’. Ele fala assim: ‘Eu não, não vou fazer aquele exame esquisito’. Vai você, que é mulher”.

O marido de Vânia também afirma a importância de ela fazer o Papanicolau, por ser mulher: “Ele acha bom. Ele sempre me incentiva. E, diz que eu tenho que ir sempre ao médico, principalmente por ser mulher”.

Os exames preventivos tanto do câncer cervical como do câncer de próstata evidenciam o modo como se hierarquizam e se diferenciam as percepções que homens e mulheres têm sobre os cuidados de sua saúde, que são regidos pela lógica diferencial de gênero.

Marcela, entrevistada 09, sublinha o fato de seu marido não fazer o exame de próstata por ter “vergonha”, o que reforça o modo como o exame preventivo aciona a lógica de gênero, que afasta, muitas vezes, o homem do sistema oficial de saúde: “Ele fala que é para nós cuidar da saúde. Ele fez uns exames, mas aquele exame do toque, ele nunca fez. Ele fala que tem vergonha e nunca foi fazer”.

Mas, se o câncer cervical é uma “doença de gênero”, que aciona as representações a partir das quais as mulheres foram concebidas pela medicina oficial ao longo da história, ele também pode ser compreendido de um modo antropológico, a partir dos valores próprios ao contexto sociocultural no qual as mulheres entrevistadas estão inseridas.

É isso que podemos compreender a partir do modo como Vânia, entrevistada 02, enfatiza a importância de se fazer o Papanicolau: “Porque mulher, já viu! Se não se cuida, quando vai descobrir as coisas já é tarde; aí não tem mais jeito. Por isso eu me cuido bastante e vou ao médico a cada seis meses. Estou sempre me cuidando”.

Para Vânia, a mulher precisa se cuidar, senão pode descobrir a doença e já ser tarde. Trata-se de uma forma de expressão nativa, que revela o sentido que o Papanicolau tem para as mulheres entrevistadas, qual seja, uma prática de cuidado de sua saúde, devido ao câncer cervical ser considerado uma “doença da mulher”.

A categorização antropológica “doença da mulher” possui um valor heurístico, uma vez que permite entrever os sentidos do câncer cervical e do exame de Papanicolau, fundados nos valores diferenciais de gênero que conformam o contexto no qual as mulheres estão inseridas.

Trata-se da tradução, em termos antropológicos, da maneira como Vânia concebe e explica a necessidade de cuidar de sua saúde, justamente, por ser mulher. É o reconhecimento da necessidade da realização do Papanicolau, determinada pela lógica de gênero presente em nossa sociedade e, particularmente, no campo da saúde.

Considerações finais

O câncer cervical é um importante problema de saúde pública e, apesar de o Papanicolau permitir sua prevenção, seu diagnóstico e tratamento, apresenta alta taxa de mortalidade na sociedade brasileira.

Neste artigo, buscaram-se compreender os aspectos socioculturais que operam na prevenção do câncer cervical, a partir da experiência e dos significados que esse tipo de câncer tem para um grupo de mulheres moradoras da periferia da cidade de São Paulo.

Para elas, o câncer cervical é considerado uma doença “invencível”, contra a qual não se pode lutar, sobretudo, quando ele está em estágio avançado, e cujas “causas” remetem tanto à

precariedade da atenção à saúde recebida, particularmente, antes do surgimento do SUS, quanto às crenças religiosas e às concepções humorais do corpo.

A experiência e os significados do câncer cervical são moldados pelas relações de gênero próprias ao contexto sociocultural no qual as mulheres estão inseridas. Assim, enquanto ao homem cabe prover o sustento de sua família, à mulher cabe cuidar de sua saúde e da de seus filhos.

O câncer cervical é, assim, concebido como uma "doença da mulher", isto é, uma doença do gênero feminino, de modo que cabe à mulher se prevenir por meio da realização periódica do exame de Papanicolau.

Colaboradores

Edemilson Antunes de Campos: participou da orientação da pesquisa, da análise dos dados, da redação, revisão e aprovação da versão final do trabalho. Lidiane Mello de Castro: participou ativamente da discussão dos resultados. Francine Even de Sousa Cavalieri: participou ativamente da coleta de dados e discussão dos resultados.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativas 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. Rio de Janeiro: INCA; 2011.
3. Cruz LMB, Loureiro RP. Comunicação na abordagem preventiva do câncer de colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão as campanhas. *Saude Soc.* 2008; 17(2):120-31.
4. Brenna SMF, Hardy E, Zeferino LC, Namura I. Conhecimento, atitude e prática do Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. *Cad Saude Publica.* 2001; 17(4):909-14.
5. Heilborn ML. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferença na saúde. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA, organizadores. *O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 197-208.
6. Duavy LM, Batista FLR, Jorge MSB, Santos JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. *Cienc Saude Colet.* 2007; 12(3):733-42.
7. Pelloso SM, Carvalho MDB, Higarashi IH. Conhecimento das mulheres sobre o câncer cérvico-uterino. *Acta Scient Health Sci.* 2004; 26(2):319-24.
8. Herzlich C, Pierret J. *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison.* Paris: Éditions Payot; 1991.

9. Campos EA. Olhando de perto: o método etnográfico na pesquisa em saúde. In: Melo L, Gualda DMR, Campos EA, organizadores. *Enfermagem, antropologia e saúde*. São Paulo: Manole; 2013. p. 90-104.
10. Nakamura E. O lugar do método etnográfico em pesquisa sobre saúde, doença e cuidado. In: Nakamura E, Martin D, Santos JFQ, organizadores. *Antropologia para enfermagem*. São Paulo: Manole; 2009. p. 15-34.
11. Victora C, Knauth DR, Hassen MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial; 2000.
12. Geertz C. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara; 1989.
13. Good B. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. New York: Cambridge University Press; 1994.
14. Bataille P. *Un cancer et la vie: les malades face à la maladie*. Paris: Balland; 2003.
15. Panagiotis C. L'incorporation du moment cancer dans l'histoire biographique des patientes atteintes d'un cancer chronique du sein (métastase, récurrence, hormonothérapie adjuvante). *Soc Rev Sci Hum Soc*. 2009; 3(105):71-8.
16. Sontag S. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro: Graal; 1984.
17. Sarradon-Eck A. Pour une anthropologie clinique: saisir le sens de l'expérience du cancer. In: Soussan PB, organizador. *Le cancer. Approche psychodynamique chez l'adulte*. Ramonville St Agne: Eres; 2004. p. 31-45.
18. Ricoeur P. *Teoria da interpretação: o discurso e o excesso de significação*. Lisboa: Edições 70; 1976.
19. Alves PC, Rabelo MCM. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA, organizadores. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 181-5.
20. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional de Câncer José Alencar. Controle do câncer do colo do útero: fatores de risco [Internet]; 2016 [acesso 14 Mar 2016]. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_nacional_controle_cancer_colo_uterio/fatores_risco
21. Kleinman A. *Patients and healers in the context of culture*. Los Angeles: University of California Press; 1980.
22. Löwy I. Le genre du cancer. Femmes, genre, histoire: quand la médecine fait le genre [Internet]. 2013 [acesso 14 Mar 2016]; 37:65-83. Disponível em: http://www.cairn-int.info/article.php?ID_ARTICLE=E_CLIO1_037_0065
23. Tavares JSC, Trad LAB. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(2):426-35.

Campos EA, Castro LM, Cavalieri FES. “Una enfermedad de la mujer”: experiencia y significado de cáncer cervical para las mujeres que se sometieron el Papanicolaou. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):385-96.

En este artículo se trata de comprender la experiencia y los significados de cáncer cervical para las mujeres que se sometieron a la prueba de Papanicolaou. Se realizó una investigación cualitativa mediante entrevistas semiestructuradas con mujeres que viven en el Jardim Keralux, situados en la zona oriental de la ciudad de Sao Paulo, Brasil. El cáncer cervical se considera una “enfermedad invencible” cuando se encuentra en una fase avanzada. Sus “causas” se refieren a la precariedad del sistema de salud y las creencias religiosas y las concepciones humorales del cuerpo. Es una enfermedad que se caracteriza por las relaciones de género, que define la relación asimétrica entre hombres y mujeres en la familia. El cáncer cervical se concibe como una enfermedad femenina, por tanto, es responsabilidad de las mujeres a cuidar de su salud a través de Papanicolaou.

Palabras clave: Neoplasia del de cuello uterino. Experiencia de la enfermedad. Género. Prueba de Papanicolaou. Salud de la mujer.

Submetido em 15/03/16. Aprovado em 03/06/16.

Informação e disciplina:

a *Coletânea* de Educação Sanitária do estado de São Paulo, Brasil (1939-1952)

Maria Cristina da Costa Marques^(a)

Danilo Fernandes Brasileiro^(b)

Suzana César Gouveia Fernandes^(c)

Marques MCC, Brasileiro DF, Fernandes SCG. Information and discipline: the Health Education *Collection* in the state of São Paulo, Brazil (1939-1952). *Interface* (Botucatu). 2017; 21(61):397-410.

Historical and documentary study, aimed to characterize and identify evidences of the disciplinarian discourse in the Health Education Collection, distributed throughout the State of São Paulo, Brazil, between 1939 and 1952. It was found the presence of the disciplinarian discourse with pretensions to the modulation of behavior, geared towards the population sanitation, based on the advice of new habits, guided by hygienists conceptions. It was concluded that the strategy pioneered the dissemination of health education concepts, that beginning with health information, expanded the room for science in the management of collective life, influencing the modulation of behavior and the design of sanitary practices.

Keywords: Health Education. History. Public health.

Estudo histórico-documental, que objetivou caracterizar e identificar indícios do discurso disciplinador na coletânea de educação sanitária, distribuída em todo o Estado de São Paulo entre os anos de 1939 e 1952. Constatou-se a presença do discurso disciplinador, com pretensões à modulação de comportamento, em prol do saneamento populacional, baseada no aconselhamento de novos hábitos, guiados por concepções higienistas. Concluiu-se que a estratégia foi pioneira na difusão de conceitos de educação sanitária, que, a partir da informação em saúde, ampliou o espaço da ciência na gestão da vida coletiva, influenciando a modulação de comportamento e delineamento de práticas sanitárias.

Palavras-chave: Educação em Saúde. História. Saúde Pública.

^(a) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Avenida Doutor Arnaldo 751. São Paulo, SP, Brasil. 01246-904. mcmarques@usp.br

^(b) Enfermeiro. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. danilo.brasileiro@hc.fm.usp.br

^(c) Núcleo de Documentação, Centro de Desenvolvimento Cultural, Instituto Butantan. São Paulo, SP, Brasil. suzana.fernandes@butantan.gov.br

Introdução

Além do crescimento econômico e populacional, o projeto de desenvolvimento levado a cabo em São Paulo entre o fim do século XIX e a primeira metade do XX teve consequências sociais importantes. Entre elas, estão: o intenso processo de urbanização, as péssimas condições de moradia, as epidemias e os altos índices de morbidade e mortalidade infantil¹.

As condições de saúde da população nesse período foram consideradas alarmantes pelo ideário de um Estado forte e moderno, razão pela qual a saúde pública como ação política ganhou importância na agenda de intervenções governamentais sobre o corpo social em São Paulo. Nesse sentido, os moldes do regime republicano – sobretudo o federalismo – sustentaram, também, o projeto paulista de vanguarda do progresso no cenário nacional em diferentes perspectivas. Assim, no âmbito da institucionalização das ciências e da saúde pública, criaram-se importantes instituições de cunho científico como: a Sociedade de Medicina e Cirurgia, o Serviço Sanitário, Instituto Butantan e Instituto Pasteur, por exemplo².

Nos constantes rearranjos pela construção da identidade da saúde pública paulista em consonância com o projeto político de desenvolvimento, é importante apontar que, a partir de 1918, a Fundação Rockefeller investiu muito no estado, o que, entre outras iniciativas em prol do desenvolvimento científico, concorreu para a criação do Instituto de Higiene de São Paulo (1918)³. A partir dos anos 1910-20, estavam claros o compromisso, o envolvimento e a organicidade da saúde pública paulista com vistas à construção de uma identidade sanitária. Como definiu Mota⁴: “[...] quem chegasse em solo paulista constataria logo as particularidades personificadas racialmente em seus habitantes, materializadas na capacidade médico-sanitária em fazer de São Paulo o palco da higiene e saúde nacional (p. 52).

Pode-se, então, considerar que, desde o fim do XIX, a saúde pública paulista se institucionalizou, mas foi a partir de 1922 – quando o médico Geraldo de Paula Souza⁵ assumiu a direção do Serviço Sanitário Paulista e, mais tarde, em 1925, quando promoveu sua reforma, por meio do Decreto n. 3.876, de 11 de junho de 1925⁶ – que, de fato, essa estrutura ganhou mais organicidade.

O modelo vigente até então fora proposto por Arthur Neiva, diretor do Serviço Sanitário Paulista entre 1916 e 1920, e era representado pelas Delegacias de Saúde e pela Inspetoria de Profilaxia Geral, respectivamente substituídas pela Inspetoria de Higiene e Municípios e pela Inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde⁷.

O objetivo maior do processo de mudança institucional e de intervenção era formar uma “consciência sanitária” em que a educação sanitária figurasse como protagonista e que o policiamento sanitário fosse substituído por uma didática persuasiva, embora seja ingênuo afirmar que tais práticas policiaesca tenham sido extintas a partir daquele momento³.

A educação sanitária, por sua vez – expressão análoga à de 1919, que nos EUA era entendida como educação em saúde –, aglutinava princípios científicos pautados nos avanços da microbiologia e da imunologia. Esse conceito pressupunha a aplicação de métodos pedagógicos com vistas a modular os comportamentos individuais e a evitar agravos à saúde. As orientações de inspiração higienista foram determinadas em: casas, igrejas, escolas, hospitais, presídios, fábricas etc^{7,8}.

A partir desse período, sobretudo em São Paulo, solidifica-se – a ponto de se tornar indissociável – a relação entre saúde e educação. Pela disseminação dos princípios higiênicos e eugênicos de um ambicioso projeto de reforma dos costumes, pretendia-se inculcar hábitos de vida capazes de forjar uma nação constituída pelo estereótipo de um homem forte, saudável, produtivo, trabalhador e disciplinado^{4,9}.

Nessa perspectiva, adotaram-se inúmeras ações para sustentar o discurso higienista propagado a partir da educação sanitária; por exemplo, em 1922³, a organização vinculada ao Instituto de Higiene paulista, do Departamento de Higiene Escolar, e, em 1926, o curso de nível Médio para professores primários, destinado a formar educadores sanitários, de cujo primeiro currículo, entre outras disciplinas, constavam noções de: bacteriologia, higiene pessoal, dietética, higiene infantil, parasitologia etc¹⁰.

Desse modo, na primeira metade do século XX, solidificava-se, no campo da saúde pública paulista, a difusão de conhecimentos sanitários como estratégia inovadora. A esse título, distribuíam-se

manuais, livros e folhetos, e se veiculavam inúmeras propagandas radiofônicas, estratégias temperadas por princípios higiênicos e eugênicos, num estado que começava a receber imigrantes, e, como “locomotiva do país”, precisaria de trabalhadores sadios, produtivos e disciplinados³.

Embora os métodos e estratégias de educação sanitária mencionados até aqui refiram-se especificamente à realidade paulista, criou-se nesse período, em nível nacional, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária (SPES), que se estruturou organicamente a partir de 1923, com um regimento que definia a publicação periódica de boletins, folhetos, cartazes, revistas e manuais destinados à divulgação de preceitos sanitários e à atualização dos avanços científicos da saúde¹¹.

Apesar de o SPES ter sempre produzido e divulgado estratégias de educação sanitária em nível nacional, suas ações tinham pouco alcance nesse âmbito, e a responsabilidade do desenvolvimento das ações descentralizadas recaía nos departamentos estaduais de saúde¹¹. De fato, só a partir de 1941, quando o SPES foi substituído pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), uma proposta mais sólida objetivou centralizar a administração das práticas de educação sanitária desenvolvidas no Brasil, sendo esse serviço reestruturado somente em 1962¹¹.

O SNES foi estruturado em três seções: a Seção de Educação e Propaganda, o Museu da Saúde e a Seção de Administração. Entre suas publicações, destacam-se: *Saúde: Mensário do Serviço Nacional de Educação Popular* e *Almanaque Saúde*, que pretendiam infundir, na população, hábitos sanitários adequados. Além dos impressos, o SNES produzia programas educativos, que foram veiculados por diversas emissoras como: a Rádio Clube Brasil, a Rádio Mayrink Veiga, a Rádio Cruzeiro do Sul, a Rádio Globo, a Rádio Jornal do Brasil, a Rádio Tupi e a Rádio Mauá¹¹.

Apesar de as estratégias do SNES integrarem um projeto de construção da “consciência sanitária” dos brasileiros, o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo (SPES-DSESP) publicava, desde o final da década de 1920, cartazes, folhetos e boletins para divulgar hábitos de vida saudáveis e combater endemias¹¹.

Em meio a outros materiais, entre 1939 e 1952, o supracitado departamento de São Paulo publicou periodicamente uma coletânea com manuais compostos por prescrições de um modo de vida baseado na adoção de práticas higiênicas adequadas, relativas ao corpo e ao ambiente, além de curiosidades e ações preventivas de inúmeras doenças, cuidados com recém-nascidos, gestantes etc. Além de contar com uma extensa rede de divulgação dentro de São Paulo e também nos demais estados brasileiros, essa coletânea se autodeclarava uma produção exclusiva da SPES-DSESP.

Até meados da década de 1940, a União tentava administrar gradualmente as especificidades e interdependências de seus estados em torno da unificação e da centralização das ações de saúde no Brasil, processo que se intensificou a partir do governo Vargas. Todavia, paralelamente às ações da União, alguns estados organizaram autonomamente seu sistema de saúde; no caso específico de São Paulo, com base, entre outras importantes iniciativas institucionais, nas inúmeras ações já citadas para a implantação e o desenvolvimento de um modelo de saúde sustentado pela educação sanitária.

A historiografia sobre o tema e, também, um importante arquivo de fontes históricas sobre a educação sanitária e as estratégias de sua implantação institucional em São Paulo indicam o relevante papel dessa ação no projeto de saúde pública no estado, e a independência das decisões paulistas no tocante à produção de um ideário sanitário a ser disseminado entre sua população.

Uma das fontes que apoiam esta argumentação e também demonstram o pressuposto da ação paulista frente à construção e à difusão de estratégias de educação sanitária é a *Coletânea SPES-DSESP*, publicada entre 1939 e 1952¹². Parte do fundo documental do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária de São Paulo, que alicerça uma pesquisa maior sobre a formação social e histórica do risco sanitário, essa *Coletânea* representou uma oportunidade de resgatar a matriz histórica das estratégias de educação sanitária que concorreram para a construção da identidade da saúde pública paulista na primeira metade do século XX, uma vez que, formalmente, traduziu, por 13 anos, os moldes do pensamento da educação sanitária.

O objetivo deste estudo é caracterizar a *Coletânea* e, também, identificar, descrever e analisar o discurso disciplinador e prescritivo que influenciou as práticas de educação sanitária na época, tanto no corpo individual quanto no corpo coletivo.

Método

Estudo descritivo e histórico-documental que usou fontes diretas, mais precisamente, os 21 exemplares que compõem a *Coletânea* do Serviço de Educação e Propaganda do Estado de São Paulo, publicada entre 1939 e 1952. Essa consulta seguiu o pressuposto teórico da multiplicidade de sentidos que as fontes documentais em si representam para os estudos de natureza histórica, dessa forma, aponta Le Goff¹³:

O documento não é inocente, não decorre apenas da escolha do historiador, ele próprio parcialmente determinado por sua época e seu meio; o documento é produzido consciente ou inconscientemente pelas sociedades do passado, tanto para impor uma imagem desse passado, quanto para dizer 'a verdade. (p. 54)

A análise documental, tomando como base a Coletânea produzida pelo SPES no período, objetivou compreender o contexto sócio-histórico que influenciou a elaboração e produção deste documento, e, com este pressuposto, o material foi organizado e analisado segundo os aspectos temáticos que a questão central da investigação aponta, ou seja, a presença da disciplina e prescrição no discurso das práticas de educação sanitária.

Outro pressuposto metodológico para a pesquisa é o de que estudos que se apropriam da análise histórica de fenômenos em torno da saúde pública brasileira contribuem, sobremaneira, para a compreensão de tal prática. Segundo a definição de Nunes¹⁴: “Em primeiro lugar, a importância crescente que vem sendo dada aos estudos históricos, com uma produção que alia o rigor da pesquisa histórica a uma perspectiva analítica que se volta para a compreensão mais completa dos contextos sociopolíticos de onde emergem as práticas sanitárias” (p. 263).

A educação sanitária como uma estratégia de saúde pública foi, por muito tempo, ação essencial de um projeto pedagógico de modelagem pelo qual *agir* e *estar* saudável somava-se ao plano coletivo da formação de uma sociedade moderna – e a historiografia da formação de saúde pública no Brasil atesta competentemente essa premissa. A questão para novos esforços na pesquisa em história no tema pode ser a seguinte: compreendendo a matriz histórica da formação discursiva sobre a saúde, podem-se perceber continuidades e rupturas no discurso sanitário contemporâneo.

Os dados foram colhidos entre agosto e dezembro de 2014, no Museu de Saúde Pública Emílio Ribas, em São Paulo, após autorização formal dos responsáveis para acesso ao referido acervo. Para otimizar a sistematização da consulta ao vasto conteúdo de cada um dos 21 exemplares, copiamos eletromagneticamente, com o auxílio de um *scanner* manual, todas as páginas de todos os exemplares, formando um acervo que agora está disponível para todos os pesquisadores.

Para entender a criação do banco de dados, devemos ter em conta que cada exemplar tem, aproximadamente, cento e cinquenta páginas e uma média de noventa artigos. Com a ferramenta Excel, do Microsoft Office, criamos 21 plataformas digitais (uma por série) de base de dados com as seguintes categorias, aplicadas a cada exemplar: ano de publicação da série, número do artigo, título, autoria, intervalo de páginas, tema predominante e *hiperlink*, um endereço eletrônico que dá acesso à imagem do artigo selecionado.

Depois da leitura e segundo critérios de pertinência e similaridade, selecionamos 84 artigos em que predominavam conteúdos discursivos prescritivos e disciplinadores. Os temas escolhidos foram os mais recorrentes e – acreditamos – os mais significativos na intervenção proposta para o corpo coletivo e individual, a saber: tuberculose, nutrição e dietética, higiene rural e urbana e higiene pessoal.

A pesquisa permitiu construir duas categorias de resultados: a primeira, atinente à caracterização de toda a *Coletânea*, auxiliada pelo conteúdo do banco de dados; e, a segunda, com questões disciplinares e conteúdos prescritivos comportamentais, extraídos da análise dos 84 artigos, que são descritos e discutidos a seguir, com base na literatura científica pertinente.

Resultados

Caracterização da *Coletânea*

Entre 1939 e 1952, a SPES-DSESP organizou e produziu uma coletânea para difundir, entre a população, conceitos e práticas de educação sanitária, conforme se lê em um dos exemplares¹²: “A educação sanitária, difundida em todas as camadas da população, é a medida básica para a conquista e a garantia da saúde coletiva, que, por sua vez é o fator primordial da prosperidade e da riqueza do povo” (Coletânea SPES, 1ª série, 1939, p. 6).

A *Coletânea* tem 21 volumes (denominados *séries*), com um total de três mil e duzentas páginas e 2.687 artigos, média de 152 páginas e cem artigos por exemplar (Quadro 1). Sem periodicidade definida, cada exemplar consistia num pequeno livro de, aproximadamente, 14 centímetros de largura por vinte de altura, impresso em preto sobre papel branco. Não tinha gravuras ou desenhos, mas as capas eram ilustradas em preto, com fotos temáticas representando monumentos, ruas ou marcos da arquitetura paulistana da época (Figura 1).

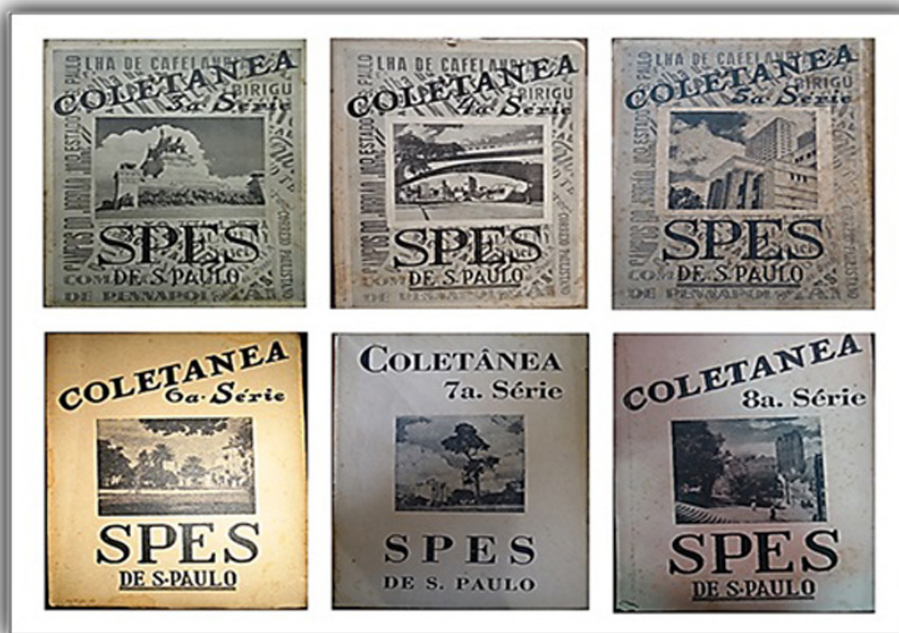


Figura 1. Capas da 3ª, 4ª, 5ª, 6ª, 7ª e 8ª séries da Coletânea SPES-DSESP

A estrutura de todos os exemplares era idêntica, consistindo em: capa (1), contracapa (2), nota breve sobre o tema do exemplar (3), índice (4) e fundo (5), onde, geralmente, constavam informações extras sobre doenças e redes de atendimento de centros de saúde na capital e no interior (Figura 2).

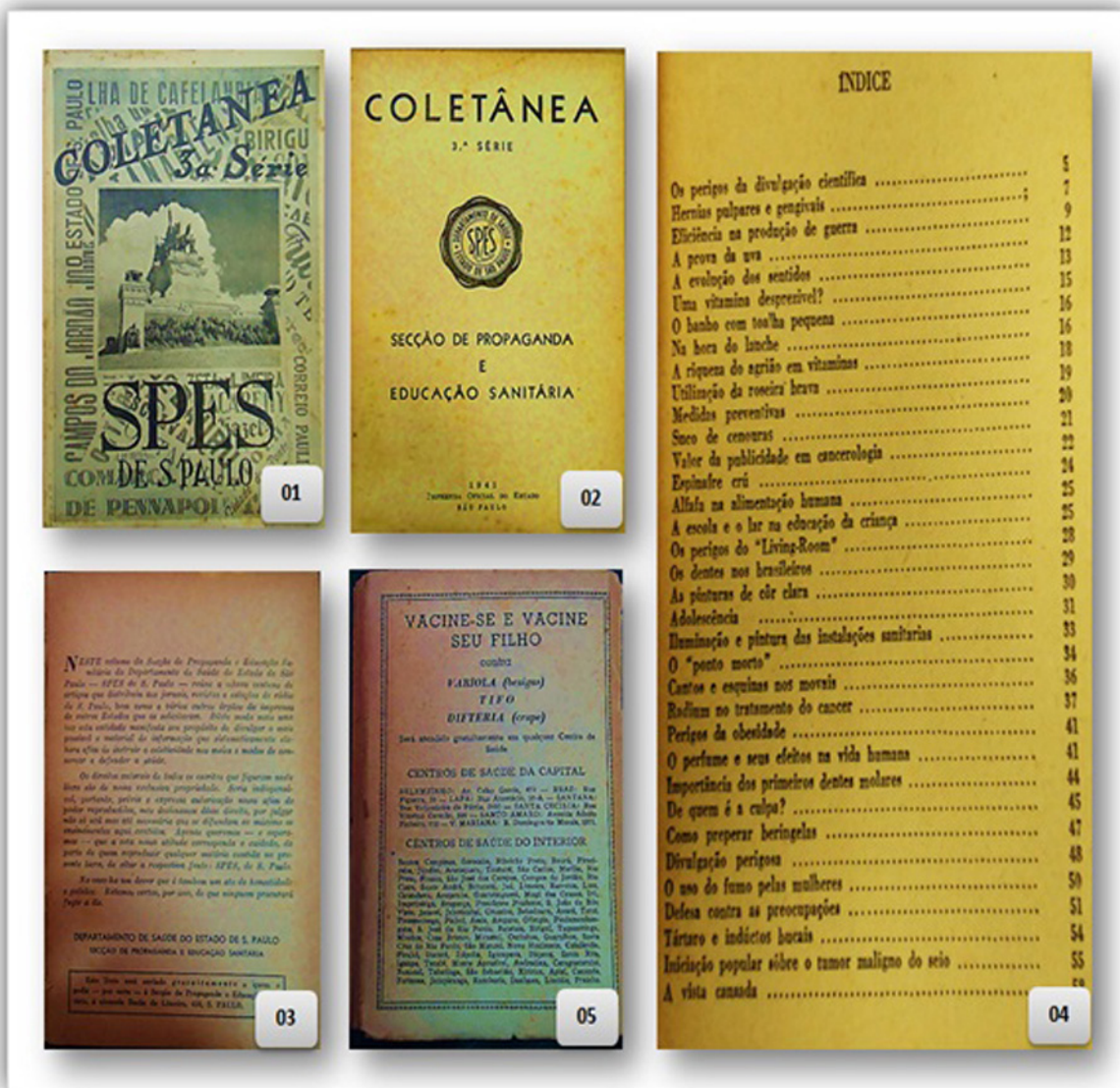


Figura 2. Estrutura da Coletânea SPES-DSESP

A uniformidade da estrutura é compatível com o conteúdo austero e direto que predominava na *Coletânea*, sem nenhuma ilustração de apoio ao texto, como era típico da educação sanitária do período¹¹. O conteúdo é informativo, e os artigos trazem apenas o título e o nome do autor (Figura 3).

Sendo o conteúdo apresentado exclusivamente por meio de textos, supõe-se que o público-alvo fossem, em princípio: professores do ensino público, radialistas e formadores de opinião em geral. Essa inferência está pautada no fato de que a taxa de analfabetismo no estado de São Paulo melhorou sensivelmente, sobretudo entre 1920 e 1960, alcançando 49,6%. Ainda assim, o número de iletrados era certamente alto¹⁵.

Pelas informações contidas no Quadro 1, observa-se que as publicações não tinham periodicidade regular, entretanto, não tendo havido nenhuma em 1940 ou em 1944, essa falta foi compensada nos anos subsequentes, o que atesta a manutenção dessa estratégia ao longo da existência da *Coletânea*.

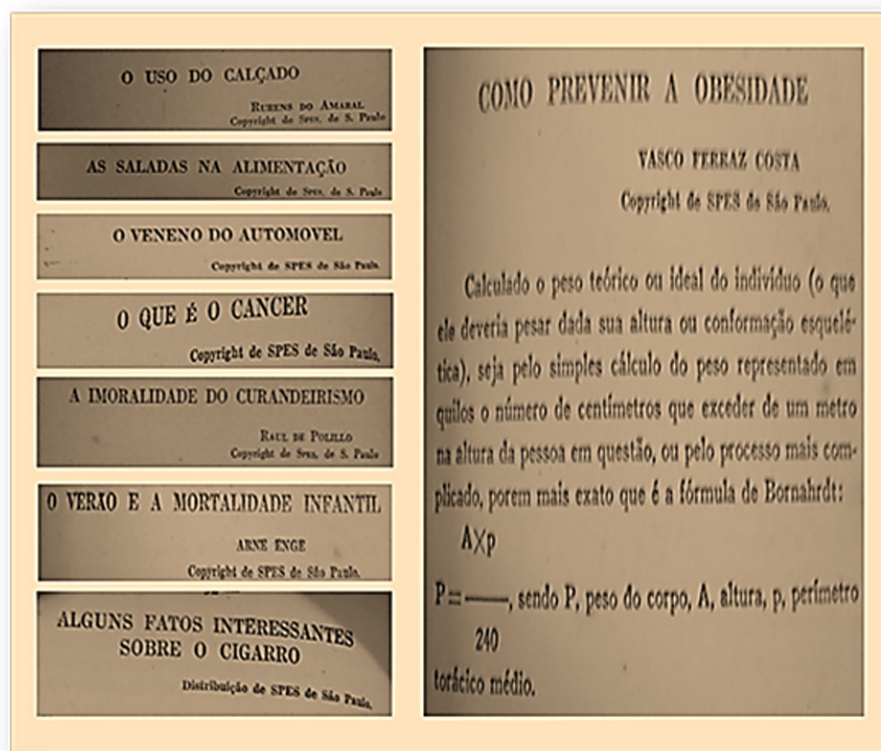


Figura 3. Exemplos de títulos e conteúdo dos artigos da Coletânea SPES-DSESP

As interrupções da publicação talvez hajam sido devidas às dificuldades financeiras enfrentadas pelo SPES-DSESP, cujo orçamento anual era de quinhentos contos de réis, mas, somados os anos de 1938, 1939 e 1940, chega-se a apenas 255 contos de réis. A falta de dinheiro retardou e, em alguns casos, impediu a impressão das *Coletâneas*, mas, como vimos, embora não tenha havido nenhuma série em 1940, por exemplo, publicaram-se quatro em 1941¹⁶.

Como vemos no Quadro 1, os artigos eram de vários autores e as séries não eram monotemáticas: discutiam, no mesmo exemplar, temas como parasitose, alcoolismo, higiene de habitações, curandeirismo etc. Apesar da diversidade de assuntos que compunham essas séries, é clara a preocupação com: higiene infantil, nutrição e dietética, câncer e tuberculose; além disso, um pouco menos frequentes, mas não menos importantes, figuraram temas como: higiene bucal, sífilis e higiene urbana e rural.

Assinavam cada série mais de trinta autores diferentes, além dos artigos sem autoria indicada. Os signatários dos textos da *Coletânea* eram: médicos, poetas e jornalistas paulistas, como é o caso dos pediatras Arne Enge e Wladimir Piza, este último diretor da SEPS-DSESP, o poeta e a poetisa Rubens do Amaral e Mariana Tricanico, e o jornalista Galeão Coutinho. Havia, ainda, outros, menos frequentes, estrangeiros, em sua grande parte estadunidenses, como, por exemplo, os médicos John Harvey Kellogg e Chevalier Jacson, o primeiro entusiasta da prática de atividades físicas e nutrição saudável, criador do cereal matinal à base de milho (que depois ficou conhecido como *Kellogg*), e o segundo, laringologista, precursor dos rótulos discriminativos em produtos tóxicos de uso doméstico.

A *Coletânea* era publicada e distribuída gratuitamente para jornais e revistas paulistas e de outros estados, para estações de rádio, para professores primários da rede de ensino e cidadãos em geral, quando estes o solicitavam por carta. É notório o empenho nessa divulgação, corroborado pelo seguinte excerto¹²:

Quadro1. Coletânea da Seção de Educação e propaganda sanitária do Departamento de Saúde do Estado de São Paulo, publicada entre 1939 e 1952

Ano	Séries	Páginas	Artigos	Tema predominante	Autor predominante
1939	1ª	164	98	Sífilis/Tuberculose/Higiene Infantil	Wladimir Pizza/Rubens do Amaral
1941	2ª	159	98	Álcool/Tabaco/Higiene Infantil	Lucila B. Pereira/Hermes Lima
1941	3ª	161	98	Câncer/Nutrição e Dietética	Raul de Polilo/Georgino Paulino
1941	4ª	184	99	Câncer/Higiene Bucal/Nutrição e Dietética	Aristides Ricardo/Lucila B. Pereira
1941	5ª	155	99	Malária/Nutrição e Dietética	José H.M. Braga/Morato Proença
1942	6ª	154	98	Higiene Pessoal/Nutrição e Dietética	Maragliano Junior/Aristides Ricardo
1942	7ª	146	99	Tuberculose/Nutrição e Dietética/Higiene Bucal	José H.M. Braga/Maragliano Junior
1943	8ª	159	99	Nutrição e Dietética/Higiene Bucal	Raul de Polilo/Maragliano Junior
1945	9ª	160	101	Nutrição e Dietética/Higiene Bucal/Câncer	Arne Enge/Maragliano Junior/Aristides Ricardo
1946	10ª	158	80	Higiene Infantil/Sífilis/Nutrição e Dietética	Wladimir Pizza/Emilia Soares de Sousa
1947	11ª	160	97	Tuberculose/Nutrição e Dietética	Raul de Polilo/Aristides Ricardo/Morato Proença
1948	12ª	159	93	Higiene Rural/Saúde do Trabalhador/Nutrição e Dietética	Aristides Ricardo/Arne Enge
1948	13ª	145	97	Nutrição e Dietética/Higiene Infantil	José H.M. Braga/Antonio Cerqueira
1949	14ª	140	100	Nutrição e Dietética/Higiene Rural	Gerorino Paulino/Maragliano Junior
1950	15ª	124	97	Higiene Pessoal/Nutrição e Dietética/Higiene Rural e Urbano	Galeão Coutinho/Aristides Ricardo
1950	16ª	120	100	Nutrição e Dietética/Higiene Pessoal e Infantil	Maragliano Junior/Nuno G. de Almeida/Aristides Ricardo
1951	17ª	127	100	Nutrição e Dietética/Higiene Infantil/ Escorpionismo	Maragliano Junior/Joaquim Machado Reis
1952	18ª	122	100	Nutrição e Dietética/Prevenção/Educação e Saúde	Américo R. Netto/Galeão Coutinho
1952	19ª	121	87	Nutrição e Dietética/Higiene Infantil/Educação e Saúde	Gracita de Miranda/Nuno G. de Almeida
1952	20ª	127	100	Nutrição e Dietética/Saúde do Trabalhador	Nuno G. de Almeida/Galeão Coutinho
1952	21ª	121	100	Nutrição e Dietética/Higiene Infantil	Gracita Miranda/Correa Dias

Os artigos que compõem essa 6ª série foram distribuídos a 44 jornais, 8 revistas e 10 estações de rádio da capital; 308 jornais, 28 revistas e 18 estações de rádio do interior do Estado de São Paulo e também a 55 jornais do Distrito Federal e de outros estados da federação. (Coletânea SPES, 3ª série, 1941, p. 4)

Entre os diversos veículos de comunicação para os quais se distribuíam exemplares da *Coletânea*, cabe citar os jornais da capital e do interior – *Diário de São Paulo*, *Estado de S. Paulo* e *Gazeta de Sertãozinho* –, as revistas – *Viver!*, *Hotéis e Turismo* e *Odontológica Brasileira* –, as estações de rádio da capital e do interior – Rádio Bandeirantes, Rádio Cultura e Rádio Club Sorocaba – e os jornais de outros estados – *O Correio de Aracaju*, *O Capixaba* e *Diário da Baía*.

Assim, a estratégia de educação e divulgação de conceitos sanitários para modular, higienizar e intervir no corpo social e individual, levada a cabo pela saúde pública paulista, não se restringia ao estado de São Paulo.

A análise do material coletado na Coletânea indica uma linguagem que objetivou mais a disciplina do leitor do que a compreensão dos fenômenos de saúde em seu contexto social, cultural e, mesmo, biológicos. Os temas diversos, objetos da atenção do SPES e presentes nos textos, reafirmam técnicas e procedimentos pedagógicos visando disciplinar comportamentos coletivos e individuais.

Os títulos dos textos da Coletânea são simples e, na maioria deles, curiosos e populares, o que demonstra a tentativa de atingir o leitor para a leitura que apresenta informações por meio de contos, diálogos e expressões do senso comum. A expressão e sentido do discurso parecem ser aquelas que emergem de “quem sabe e quer ensinar” para o “bem” e desenvolvimento promissor do leitor e seus interlocutores.

Os significados subjacentes às mensagens de orientações em relação a temas como higiene pessoal e infantil, tuberculose, nutrição e dietética, entre outros, parecem ser o da responsabilidade individual diante da não mudança de hábitos ou introdução de outros, agora conhecidos e, portanto, o da ameaça da doença e da vida improdutiva. A ciência legítima – dado que se apresenta como a linha mestra das mensagens – o discurso pedagógico e a disciplina coletiva pretendida pela educação sanitária diante de um leitor passivo.

Aspecto disciplinar

O teor prescritivo disciplinar com claras pretensões à modulação de comportamento em prol do saneamento da população, quase sempre baseada no aconselhamento da adoção de novos hábitos e guiada por concepções higienistas, está presente na maioria dos artigos analisados. Ao longo deste texto, há exemplos que ilustram essa afirmação, e, como já dissemos antes, foram selecionados os artigos que discutem os temas mais frequentes e/ou os que manifestam a intenção de intervir no corpo coletivo e individual: tuberculose, nutrição e dietética, higiene rural e urbana, e higiene pessoal.

A tuberculose era uma preocupação desde o fim do século XIX e considerada o mais grave problema sanitário nas cidades brasileiras entre as décadas de 1930 e 1940¹⁷. O interesse em combatê-la apontava a proteção de um corpo coletivo social, sobretudo pelo ônus econômico que ela representava para o Estado, fosse pelo custo do próprio tratamento, fosse pelo enfraquecimento da força de trabalho, como se lê no trecho do artigo denominado “A tuberculose em São Paulo II”, de autoria não divulgada¹².

A manutenção de um doente de tuberculose custa caríssimo, se levarmos em conta que ele, nada produzindo, além de todos os cuidados que um indivíduo sadio precisa, exige um tratamento adequado e muito caro. (Coletânea SPES, 1ª série, 1939, p. 48)

Há, no cenário paulista, ações de prevenção e controle da tuberculose desde o início do século XX, das quais se destacam, por exemplo, a Liga Paulista contra a Tuberculose, em 1900, e o Dispensário Clemente Ferreira, em 1913, criados, entre outros médicos, pelo fisiologista Clemente Ferreira, no intuito de contar com uma organização mais eficaz em São Paulo. No nível federal, a partir da década de 1940, germinaram inúmeras iniciativas de intervenção contra a tuberculose; por exemplo, o Serviço Nacional de Tuberculose (SNT), criado em 1941, e a Campanha Nacional de Tuberculose (CNT), de 1946^{18,19}.

Quanto à nutrição e a dietética, é perceptível, nos textos analisados, a tentativa de se introduzirem conceitos científicos no âmbito popular, procurando substituir os saberes do senso comum pelos da ciência médica, que se credenciava como a única alternativa para a vida social saudável. Ao longo do tempo, esses conceitos assumiram o caráter de regras e verdades irrefutáveis, constituintes de boa parte dos hábitos de inúmeros indivíduos²⁰. Percebe-se, também, a intenção de se difundirem padrões e normas alimentares rigorosas, que deveriam ser incorporadas ao cotidiano da população e, em especial, da classe trabalhadora, que seria uma das maiores garantias para o alcance e a manutenção das condições necessárias para a eficiência produtiva dos corpos²¹.

Os excertos abaixo ilustram, respectivamente, essas duas assertivas, de artigos assinados por Georgino Paulino (“Acompanhe o sol e chupe laranjas”) e Raul de Polilo (“Alimentação e eficiência”)¹².

O processo de fixação do cálcio é complexo; pois que, além de fatores hormonais (glândulas endócrinas), depende também do aproveitamento do fósforo (coeficiente cálcio-fósforo) e

da atuação da vitamina D e da vitamina C. [...] O pouco desse mineral que é introduzido no organismo é pouco, é fixado e aproveitado. Contanto que se acompanhem o sol e se chupem laranjas. (Coletânea SPES, 11ª série, 1947, p. 20-1)

O cansaço fisiológico puro é momentâneo; as energias logo se reestabelecem, seja com algum repouso, seja com algum suplemento alimentar; a “fadiga industrial” é constante, e esta é a razão pela qual, em regra, o trabalhador que não cuida da sua alimentação, ou que não se alimenta de maneira a tornar-se eficiente, logo envelhece. (Coletânea SPES, 3ª série, 1941, p. 73)

As citações sobre higiene rural/urbana e higiene pessoal foram, de certo modo, as mais incisivas no que tange ao teor prescritivo e disciplinador para a produção de comportamentos, pois são claras as prescrições de conceitos relativos ao controle do ambiente, como se vê no excerto do artigo denominado “A casa rural”, de autoria não divulgada¹².

Uma das regras higiênicas para localização da habitação rural é fazê-la distar pelo menos um quilômetro dos banhados, lagoas, charcos e outros lugares de água parada. Outro é cortar as árvores e arbustos ao redor da casa, num espaço bastante amplo para que o sol e o ar atinjam continuamente o chão até o pé das paredes, para impedir a humidade. (Coletânea SPES, 12ª série, 1948, p. 44)

Talvez não por acaso, a preocupação com a higiene rural revela a intenção de higienizar e sanear tal espaço por meio de preceitos eugênicos e higiênicos, com o objetivo de fixar o homem no campo e, assim, atenuar o êxodo rural; e mais ainda, esse homem deveria ser capacitado e disciplinado para alcançar a modernização que estava por vir¹⁰. No caso paulista especificamente, como pano de fundo, deve-se mencionar um movimento que, sem dúvida, deu sustentação para que, mais tarde, se difundissem medidas de educação sanitária com mais naturalidade pelo ambiente rural, isso porque, a partir de 1930, registra-se o chamado “ruralismo pedagógico”, idealizado pelo educador, escritor e político Sud Mennucci⁹.

Das normas prescritas para a higiene corporal, destaca-se o uso de calçados, o que implica certa desfaçatez, pois nota-se a influência do capital econômico privado do setor produtivo: nessa recomendação, percebe-se a influência de empresas que associaram a marca de seus produtos a uma importante ferramenta de educação em saúde, acoplando e diluindo seus produtos como inerentes às práticas individuais de saúde e, subliminarmente, induzindo ao consumo. O relatório administrativo da SPES apontou dificuldades financeiras para a publicação e divulgação da *Coletânea* no início da década de 1940, sobretudo, pela escassez dos recursos públicos. Logo, uma das alternativas foi aceitar o patrocínio da Indústria de Calçados de Franca, como foi descrito no Relatório do Departamento de Saúde São Paulo – Seção de Educação e Propaganda, publicado em 1940¹⁶. Vejamos um trecho do artigo denominado “O uso do calçado”, de autoria de Rubens do Amaral¹²:

Ainda bem que os interesses econômicos coincidem com os interesses sociais e higiênicos da população brasileira. Há muito que nos preocuparmos com o hábito da nossa gente, andar de “pé no chão”. [...] Se todas as nossas crianças passassem pela escola e na escola fossem obrigadas ao uso do calçado, provavelmente grande parte não o abandonaria mais na idade adulta. (Coletânea SPES, 8ª série, 1943, p. 150)

Nessa perspectiva, o interesse na saúde da população paulista nessa época passava, sobretudo, pelo projeto de amplo controle da força de trabalho, pelo qual seria necessário disciplinar e adaptar trabalhadores aos novos esquemas produtivos que se tornavam realidade, nem que, para isso, fossem adotadas inúmeras medidas de reordenação social; ou seja, havia uma preocupação permanente com a manutenção de corpos saudáveis e aptos para a produção – e os possíveis prejuízos que o enfermo poderia causar⁹.

Apesar da lógica capitalista de produção instalada, houve rupturas; especificamente, aquelas dirigidas à concepção de saúde. O Estado começava a perceber que ações enfáticas de fiscalização e repressão não seriam suficientes para a manutenção da saúde e da mão de obra, de modo que seria necessário acionar mecanismos disciplinares e de controle mais elaborados. A esse propósito, ganharam força os métodos educativos de prevenção que se firmaram nesse cenário e que, aos poucos, foram diluídos nos espaços sociais e no cotidiano da população, saneando-os, higienizando-os, disciplinando-os e organizando-os como força produtiva²².

Diante do exposto e a partir da contribuição do filósofo Michel Foucault^{22,23}, cabe o entendimento de que as estratégias dirigidas a indivíduos ou grupos que visavam a instalação e manutenção do poder moldado no saber da economia política e instrumentalizado por dispositivos de segurança, cujo alvo é a população, recorreram ao conjunto de cálculos, procedimentos, táticas, análises e reflexões que o próprio poder nomeou *governamentalidade*.

Ao se considerarem as circunstâncias da publicação e difusão das séries da *Coletânea*, destaca-se a aplicação do conceito de governamentalidade, sobretudo, pelo fato de tal iniciativa se haver constituído como uma proposta reguladora organizada por representantes do Estado, que imbuído, então, do propósito de construir um país desenvolvido e um homem moderno, necessitava de procedimentos destinados ao governo dos corpos, ao mesmo tempo individualizantes (disciplinar) e totalizantes (biopolítica)^{23,24}.

Assim, a *Coletânea* difundiu um conjunto de regras, técnicas e procedimentos para a internalização de códigos de conduta culturalmente aceitáveis²⁵, que tinha como intuito higienizar as cidades da perspectiva da gestão da vida em nome da defesa social e do alcance de interesses ditos progressistas. As campanhas de higiene foram difundidas nessa perspectiva, e os manuais sanitários foram ferramentas que instrumentalizaram esse propósito. Tanto é assim que esses manuais não foram distribuídos apenas para a população em geral, mas, estrategicamente, também para e por formadores de opinião e reprodutores dos modos de vidas almejados, como: médicos, professoras normalistas, filantropos e integrantes da igreja, entre outros²⁶.

Conclusão

Apesar das dificuldades financeiras enfrentadas pelo SPES, pode-se afirmar que a iniciativa de publicação da *Coletânea* tencionava sua ampla difusão entre toda a população, pois, além do extenso período de sua existência, há que considerar os inúmeros canais de distribuição e divulgação das séries.

Uma questão relevante para se compreender a estratégia de difusão e alcance da educação sanitária e seus preceitos – de que faz parte a *Coletânea* – é a constatação de que a capilaridade das informações foi quase sempre legitimada por personagens conhecidos e formadores de opinião, que, certamente, tinham credibilidade entre a população alfabetizada do estado de São Paulo e de quem se esperava que propagassem tais conhecimentos.

Embora seja forçoso reconhecer as limitações deste estudo – uma amostra de 84 entre 2.687 artigos –, em relação ao conteúdo prescritivo e disciplinador em saúde, foi possível identificar, nos textos e temas abordados aqui, a busca de enquadramento e modelagem comportamental nas práticas de saúde da população frente aos problemas sanitários frequentes no período.

Quanto ao conteúdo dos artigos, é importante mencionar que os relativos a práticas nutricionais e a condutas de higiene e do corpo estão entre os mais frequentes – evidência de um movimento ideológico sobre saúde e doença que se fixou, sobretudo, a partir desse período: a ideia de que o adoecimento está substancialmente atrelado à gestão do indivíduo sobre seu corpo e seu ambiente.

A importância que a educação sanitária assume como estratégia de saúde pública no período estudado – e suas transformações, sobretudo, quanto à aquisição de novas tecnologias e novas articulações em torno do delineamento das práticas sanitárias – pode ser compreendida por ações representadas pela *Coletânea*, que foi duradoura e ampliou o espaço da ciência e da gestão da vida coletiva. A pergunta que estudos como este podem formular é se, hoje, modelos de estratégias

de comunicação em saúde seguem a mesma essência dessa prática, apostando na permanência de intervenções discursivas baseadas na busca de corpos saudáveis e “obedientes” de prescrições e disciplinas agendadas por um saber científico e político.

Mais uma vez, reconhecemos os limites desse estudo, que é uma primeira aproximação da *Coletânea* de artigos do SPES, para caracterizá-la e apresentar, parcialmente, os propósitos prescritivos, disciplinadores e normalizadores implícitos em seu conteúdo. O próprio corpo documental do qual a *Coletânea* faz parte é um material com ampla possibilidade de estudos posteriores em diferentes aspectos.

Esta discussão inicial se enquadra na pesquisa da comunicação do risco sanitário em uma perspectiva histórica, com estudo mais aprofundado e sustentado por uma análise semântica, bem como por uma análise do projeto científico e político que sustentou essa ação de saúde pública. O objetivo maior é compreender melhor a construção ideológica da prática de educação sanitária no Brasil, tema de importantes contribuições da historiografia da saúde pública, além de entender as continuidades e rupturas no atual discurso educador de saúde.

Colaboradores

Maria Cristina da Costa Marques e Danilo Fernandes Brasileiro participaram ativamente em todas as fases de desenvolvimento do estudo, desde escolha do tema, coleta e análise das fontes, discussão dos resultados e redação do manuscrito. Suzana César Gouveia Fernandes participou ativamente na fase de coleta de dados e análise e discussão dos resultados do estudo.

Referências

1. Rocha HHP. A educação sanitária como profissão feminina. *Cad Pagu*. 2005; 24(1):69-104.
2. Ribeiro MAR. Lições para a história das ciências no Brasil: Instituto Pasteur de São Paulo. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 1996; 3(3):467-84.
3. Rocha HHP. Educação escolar e higienização da infância. *Cad Cedes*. 2003; 23(59):39-56.
4. Mota A. Tropeços da medicina bandeirante, 1892-1920. São Paulo: Edusp; 2005.
5. Mota A, Schraiber LB. Institucionalização da saúde pública paulista nos anos 1930-1940. *Rev Saude Publica*. 2013; 47(5):839-45.
6. São Paulo (Estado). Decreto nº 3.876, de 11 de junho de 1925. Reorganiza o Serviço Sanitário e repartições dependentes. *Diário Oficial da União*. 12 Jun. 1925. p. 4929-58.
7. Souza VS. Arthur Neiva e a questão nacional nos anos 1910 e 1920. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2009; 16 Supl 1:249-64.
8. Bagnato MHS, Renovato RD. Práticas educativas em saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. In: Rodrigues RM, Deitos RA, organizadores. Estado, desenvolvimento, democracia e políticas sociais. Cascavel: Unioeste, GPPS; 2006. p. 87-104.
9. Mota A. Higienizando a raça pelas mãos da educação ruralista: o caso do Grupo Escolar Rural do Butantan em 1930. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(32):9-22.

10. Candeias NMF. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. *Rev Saude Publica*. 1988; 22(4):347-65.
11. Souza EM. Educação sanitária: orientações e práticas federais desde o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária ao Serviço Nacional de Educação Sanitária (1920-1940) [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Casa de Oswaldo Cruz; 2012.
12. Instituto Butantan. Museu de Saúde Pública Emílio Ribas. Acervo Histórico. Seção de Propaganda e Educação Sanitária do Estado de São Paulo. São Paulo: 1939-1952. (Séries nº 1 a nº 20).
13. Le Goff J. A história nova. In: Le Goff J, Chartier R, Revel J, organizadores. *A história nova*. Eduardo Brandão, tradutor. 4a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1990. p. 26-64.
14. Nunes ED. Sobre a história da saúde pública: ideias e autores. *Cienc. Saude Colet*. 2000; 5(2):251-64.
15. Ferraro AR, Kreidlow D. Analfabetismo no Brasil: configuração e gênese das desigualdades regionais. *Educ Real*. 2004; 29(2):179-200.
16. Instituto Butantan. Museu de Saúde Pública Emílio Ribas. Acervo Histórico. Relatório de Atividades da Diretoria Geral do Departamento de Saúde, Secretaria de Educação e Saúde Pública de São Paulo. São Paulo, SP; 1940.
17. Hochman G. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). *Educ Rev*. 2005; (25):127-41.
18. Hijjar MA, Gerhardt G, Texeira GM, Procópio MJ. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2007; 41 Supl 1:50-8.
19. Rosemberg AMAF. Guerra à peste branca: Clemente Ferreira e a "Liga Paulista contra a Tuberculose" – 1889-1947 [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2008.
20. Pedroza RG. A nutrição social no Brasil: [mais] uma estratégia biopolítica? [dissertação]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2010.
21. Vasconcelos FAG. O nutricionista no Brasil: uma análise histórica. *Rev Nutr* 2002; 15(2):127-38.
22. Carvalho ACD. Saúde pública: centralização, autoritarismo e expansão dos serviços. *Rev Hist Reg*. 2005; 10(1):9-25.
23. Foucault M. Segurança, território, população. Curso ministrado no Collège de France (1977-1978). Eduardo Brandão, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
24. Lemos FCS. História do espaço e da governamentalidade em Michel Foucault. *Barbaroi*. 2012; (36):138-48.
25. Benites FRG. Instituições e discurso: reflexões sobre o sujeito e o poder em Foucault. *Rev. Esp Acad*. 2007; 7(79):1-5.
26. Foucault M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes; 1998.

Marques MCC, Brasileiro DF, Fernandes SCG. La información y la disciplina: La *Antologia* de Educación Sanitaria del estado de Sao Paulo, Brasil (1939-1952). *Interface* (Botucatu). 2017; 21(61):397-410.

Estudio histórico-documental cuyo objeto es caracterizar e identificar indicios del discurso disciplinante en la antología de educación sanitaria distribuida en todo el Estado de Sao Paulo en el período de 1939 a 1952. Se constató la presencia del discurso disciplinante con pretensiones de modulación de comportamiento en pro del saneamiento poblacional, con base en aconsejar nuevos hábitos dirigidos por concepciones higienistas. Se concluyó que la estrategia fue pionera en la difusión de conceptos de educación sanitaria que, a partir de la información en salud, amplió el espacio de la ciencia en la gestión de la vida colectiva, influyendo en la modulación del comportamiento y la delineación de prácticas sanitarias.

Palabras clave: Educación en Salud. Historia. Salud Pública.

Submetido em 01/03/16. Aprovado em 01/07/16.

“Isso eu levo para a vida!”:

aprendizagem da prática profissional em uma Comunidade de Prática*

Taís Quevedo Marcolino^(a)Gerusa Ferreira Lourenço^(b)Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali^(c)

Marcolino TQ, Lourenço GF, Reali AMMR. “This is my take-home for life!”: professional practice learning on a Community of Practice. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):411-20.

The learning of practice demand educational strategies focused on reflective and collective processes, such as the Community of Practice (CoP). From an action research directed to the contributions of a mentoring program for professional development, organized in a CoP, with the participation of six junior occupational therapists and three experienced ones, this paper tries to elucidate relevant features for professional learning on the program. The speech and diaries of the participants at the last evaluation meeting were submitted to thematic analysis and the results indicate the importance of: a space for reflection on a continuous basis; the mentor's actions in fostering reflection; the exchanges between experts and beginners. The CoP, as a rich design for learning, enabled breaking stereotypes and creating new meanings, favoring the development of all involved.

Keywords: Inservice Education. Qualitative research. Health knowledge, attitudes and practice. Health manpower. Occupational Therapy.

A aprendizagem da prática demanda estratégias formativas focadas em processos reflexivos e coletivos, como a Comunidade de Prática (CoP). A partir de pesquisa-ação interessada nas contribuições de um programa de mentoria, em uma CoP, com participação de seis terapeutas ocupacionais iniciantes e três experientes, este artigo busca elucidar as características do programa consideradas importantes para a aprendizagem profissional. Os dados provenientes do discurso e dos diários dos participantes no último encontro de avaliação final foram submetidos à análise temática, e os resultados indicam a importância: de um espaço de reflexão de modo contínuo; das ações da mentora no fomento à reflexão; das trocas entre experientes e iniciantes. A CoP, como um projeto rico para aprendizagem, possibilitou a quebra de estereótipos e a construção de novos sentidos, favorecendo o desenvolvimento de todos os envolvidos.

Palavras-chave: Educação continuada. Pesquisa qualitativa. Conhecimentos, atitudes e práticas em saúde. Recursos humanos em saúde. Terapia Ocupacional.

* Este trabalho é parte da tese de doutorado da primeira autora, sob orientação da terceira autora: “A porta está aberta: aprendizagem colaborativa, prática iniciante, raciocínio clínico e terapia ocupacional”, com financiamento 06/07152-7 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Parte dele foi publicado como trabalho completo nos Anais do XI Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional (Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2008; 19 Supl 1:1-189).

^(a,b) Departamento de Terapia Ocupacional, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Rodovia Washington Luís, s/n, Jardim Guanabara. São Carlos, SP, Brasil. 13565-905. taisquevedo@ufscar.br; gerusa@ufscar.br

^(c) Departamento de Teorias e Práticas Pedagógicas, Centro de Ciências Humanas e Educação, UFSCar. São Carlos, SP, Brasil. darr@ufscar.br

A prática profissional pode ser compreendida como um fenômeno que acontece em determinado tempo e contexto, e se caracteriza por situações de singularidade, complexidade, incerteza e conflito de valores, distanciando-se da epistemologia da racionalidade técnica, para a qual a prática é a aplicação da teoria¹. Nessa compreensão, a prática é sustentada por um conhecimento tácito, essencial para as situações cotidianas, mesmo quando o profissional utiliza teorias e técnicas científicas de maneira consciente. Para que o profissional compreenda o que está implícito em seu processo de trabalho (crenças, conhecimentos e valores), ele precisa se envolver em um processo de reflexão sobre a ação – um processo *intencional*, atrelado ao fazer, após sua ocorrência, e que demanda uma ação consequente qualitativamente diferente de uma ação rotineira².

Assim, a reflexão se torna um processo de fazer-significar, que conduz o sujeito de uma experiência para outra, propiciando maior compreensão das relações que se estabelecem com outras experiências e ideias, favorecendo tanto a redefinição dos significados das ações como a produção de novos conhecimentos^{1,3,4}, e criando condições para a continuidade da aprendizagem². Além disso, esse movimento de conhecer-na-ação é dinâmico e difícil de ser apreendido, devendo ser compreendido como interpretações parciais que representam tentativas de impor alguma estabilidade a esse processo⁴.

Na Terapia Ocupacional, desde o final da década de 1980, estudos sobre a prática profissional têm se voltado para a natureza do raciocínio clínico, compreendido como um pensamento diretamente relacionado ao saber como agir, envolvendo a deliberação sobre o que é apropriado para um caso específico, com um paciente específico, em um contexto específico⁵. Esse raciocínio é qualitativamente diferente ao longo da carreira profissional⁶⁻⁸, e tem-se a hipótese de que a diferença-chave entre um profissional iniciante e um experiente não são os anos de experiência, mas sim as habilidades de reflexão *na* e *sobre a* ação⁷.

Assim, tem-se fomentado, cada vez mais, estratégias reflexivas para o ensino da prática em Terapia Ocupacional⁹⁻¹¹, sendo a supervisão a estratégia mais utilizada para o ensino da prática clínica, tanto na formação inicial como na continuada. Em alguns países (como Canadá, Inglaterra e Austrália), programas de mentoria nos quais um profissional experiente orienta profissionalmente um terapeuta ocupacional menos experiente são oferecidos com regularidade¹²⁻¹⁴. Para alguns autores¹⁵⁻¹⁷, não há diferenças entre supervisão e mentoria, estando ambas voltadas para o desenvolvimento profissional de modo geral. Entretanto, no Brasil, o principal objetivo da supervisão parece ser o desenvolvimento de habilidades de manejo e raciocínio clínico, sendo o desenvolvimento profissional um subproduto deste processo¹⁸.

Além disso, experiências formativas coletivas podem ajudar a guiar esse processo, oferecendo parâmetros para a reflexão e confrontando o profissional de modo que se possa atingir uma dimensão mais profunda e direcionada^{12,19-21}. Nessa direção, o referencial da Comunidade de Prática e Identidade (CoP), de Ethienne Wenger²², vem sendo utilizado por várias profissões²³⁻²⁵ e pela Terapia Ocupacional^{15,26-28} para fomentar a aprendizagem de aspectos profissionais em diferentes cenários educacionais.

O referencial da Comunidade de Prática e Identidade

A Comunidade de Prática e Identidade (CoP)²² é constituída a partir do engajamento mútuo de pessoas interessadas em um projeto de interesse comum, que se desenvolve pela negociação de significados (tanto conhecimentos, histórias, informações, como modos de fazer) na interação entre a participação dos indivíduos e o que se produz com essa participação (reificação). A CoP potencializa a construção de novos sentidos e novas formas de participação, sempre com o foco na prática, compreendida em sua dupla dimensão: tanto um fazer em um contexto histórico e social, em sua estrutura e significado, como um campo de construção de identidades, favorecendo identificações ou não identificações das formas de ser uma pessoa nesse contexto.

Para pertencer a uma CoP, o sujeito pode ser um membro total – que são participantes mais antigos e experientes, com posse da economia de significados –, ou um membro periférico – que, normalmente, são iniciantes ou colaboradores. A tensão entre essas formas de pertencer pode facilitar

ou dificultar a produção de novos significados para a prática, tornando dinâmico o processo de conhecimento prático.

Além disso, o modo de produzir de uma CoP pode ser influenciado: pelo envolvimento de seus membros nos processos de negociação de significado (engajamento); pela criação de conexões e imagens mentais que extrapolam as experiências conhecidas, criando novas imagens do mundo e de nós mesmos (imaginação); e por como seus membros se alinham tanto ao projeto comum quanto às estruturas sociais, culturais, organizacionais (alinhamento). A combinação entre engajamento, imaginação e alinhamento produz características específicas, como a prática reflexiva,¹ ao combinar a imaginação de outras perspectivas, que disparam novas interpretações tanto para a prática como para a identidade (imaginação e engajamento), ou, mesmo, uma prática que considere uma imagem mais ampla de mundo (imaginação e alinhamento).

Quando o projeto comum da CoP focaliza a aprendizagem, Wenger²² o denomina Comunidade de Aprendizagem (CoA), enfatizando que a aprendizagem em si não pode ser projetada, mas que podem-se construir projetos que a facilitem ou a inibam. Para que haja um contexto rico para a aprendizagem, o autor ressalta a importância de projetos que favoreçam a combinação entre engajamento, imaginação e alinhamento, em uma arquitetura específica de projeto (que será apresentada adiante).

Desse modo, a partir de uma pesquisa-ação interessada em compreender as contribuições de um programa de mentoria para o desenvolvimento profissional de terapeutas ocupacionais iniciantes, assentado em uma Comunidade Prática²², este artigo busca elucidar as características do programa que foram consideradas importantes para a aprendizagem profissional.

Metodologia

Trabalhamos em uma pesquisa-ação^{29,30}, modalidade de investigação qualitativa interessada na produção de conhecimentos sobre a prática e em seu aprimoramento, e que se caracteriza por ser participativa, tanto no sentido de incluir todos os envolvidos (pesquisadores e participantes) como em seu modo de trabalhar.

A pesquisa-ação foi construída como uma CoA com a participação de: seis terapeutas ocupacionais, estudantes do segundo ano de um curso de especialização em Terapia Ocupacional em Saúde Mental; da pesquisadora, no papel de mentora e coordenadora; e de outras duas terapeutas ocupacionais experientes, professoras-supervisoras do curso de especialização. O curso de especialização tinha duração de dois anos, com dedicação exclusiva, e oferecia atividades clínicas-assistenciais em diferentes serviços de saúde mental, nos quais as seis especializandas se revezavam a cada três meses. Em cada serviço, havia um(a) supervisor(a) responsável e horários específicos para supervisão.

O projeto da Comunidade de Aprendizagem

Diante do cenário exposto, buscamos elaborar um projeto, centrado nas proposições de Wenger²² e que viesse a complementar a formação pós-graduada, considerando as quatro dimensões (participação *versus* reificação; projetado *versus* emergente; local *versus* global; identificação *versus* negociação) que potencializam a aprendizagem, para cada modo de pertencimento (engajamento, imaginação e alinhamento).

A primeira dimensão trata da interação entre *participação* e *reificação* (o que é produzido pela participação dos sujeitos), uma vez que o que é produzido registra sua marca no mundo, característica diferente da participação, que é etérea e difícil de ser acessada. Assim, o projeto buscou oferecer tarefas e materiais que favorecessem: a produção e o compartilhar de histórias sobre a prática (engajamento), a imaginação de práticas a partir de diferentes situações e contextos, e o questionamento de atitudes e compreensões (imaginação), além de ajudar o grupo a tomar posse do discurso da investigação da própria prática e a produzir um estilo colaborativo de trabalho (alinhamento).

Outra dimensão abarca a tensão entre o que é *projetado* e o que é *emergente*, fomentando a habilidade de negociar novos significados para a prática e para a identidade a partir do que emerge

no contexto, em resposta ao projeto. Em nossa CoA, buscou-se favorecer o desenvolvimento de habilidades para trabalhar no aqui-e-agora do grupo e/ou redefinir caminhos e produzir sentidos de forma colaborativa (engajamento), buscando projetar tarefas e oferecer materiais que estimulassem a percepção de possíveis contextos e de possíveis situações dilemáticas, e do percurso narrativo de tomar decisões (imaginação). Além disso, o projeto contemplava a oferta constante de retornos às produções das participantes, de modo a alinhar a produção de acordo com os objetivos da pesquisa-ação e também estar aberto a redefinir os objetivos da pesquisa pelas necessidades e demandas do grupo (alinhamento).

A interação entre a prática *local* e as relações *globais* é a terceira dimensão, na medida em que o que se faz relevante para a aprendizagem demanda parâmetros globais. Desse modo, o projeto procurou favorecer o estabelecimento de conexões entre a experiência vivida de cada participante em diferentes contextos, de modo a permitir: a construção de novos sentidos sobre a prática (engajamento), o compartilhar de modelos e representações existentes sobre a prática, e estimular a produção de novos sentidos sobre elas, relacionando-as às singularidades da prática individual e da prática produzida localmente (imaginação). Além disso, buscou-se abrir espaço para refletir sobre as necessidades locais de aprendizagem, relacionadas, no entanto, à produção global nos campos de Terapia Ocupacional e Educação (alinhamento).

A última dimensão envolve a oferta de uma estrutura para *identificações* e posses de significados que estão em constante *negociação*. O projeto da CoA foi construído para compartilhar experiências, aumentando as possibilidades de identificação e negociação de significados, estimulando a negociação da posse de significados – tanto ao oferecer material teórico para favorecer o acesso à economia de significados relacionados à pesquisa, como ao apropriar-se dos significados relacionados à prática, pertencentes às demais participantes (engajamento) –, a identificação com novas trajetórias profissionais, a reflexão sobre estereótipos profissionais e sobre modelos de prática estereotipados (imaginação), e a possibilidade de identificação com uma prática profissional crítica e reflexiva, além de fomentar relações de poder recíprocas no sentido de assumir responsabilidades pela continuidade da aprendizagem no grupo (alinhamento).

O processo da pesquisa-ação

A CoA se reuniu durante dez meses (de março a dezembro de 2007), em encontros quinzenais, com duração de uma hora, totalizando 18 encontros. Os encontros foram gravados em áudio, transcritos, e a partir dessa transcrição era elaborada a crônica do grupo³¹ – narrativa dos eventos do encontro e que ficava disponível às participantes antes da próxima reunião, tanto para que alguma participante que tivesse faltado pudesse saber o que havia sido discutido, como para servir de base para outras discussões.

Além da participação nos grupos, as terapeutas ocupacionais iniciantes produziam um diário reflexivo, entregue para a mentora-pesquisadora quinzenalmente antes da realização dos encontros do grupo. Os diários eram lidos, e havia uma devolutiva para cada participante, que privilegiava um maior aprofundamento no processo de reflexão sobre a prática.

Além disso, a pesquisadora elaborava uma lista de temas que estavam sendo discutidos nos diários e levava para os encontros do grupo, também como material reificado para organizar a discussão. Nesse sentido, ao longo do processo de pesquisa-ação, foi sendo construído um movimento de retroalimentação entre diários e encontros presenciais, pois a participação nos encontros também oferecia novas ideias para a escrita reflexiva dos diários.

A pesquisadora também manteve um diário de pesquisa no qual registrava, cotidianamente, suas impressões e reflexões sobre o processo de pesquisa-ação colaborativa, sobretudo sobre suas compreensões das vicissitudes do grupo, de sua atuação na intervenção (tanto no grupo como no retorno aos diários), e das relações estabelecidas com a literatura da área e com as dificuldades e problemas a serem resolvidos.

A combinação dessas diferentes estratégias de fomento à aprendizagem foram avaliadas no último diário e no último encontro presencial da CoA, registrado e transcrito. Desse modo, esse material foi

submetido à Análise Temática³², que se caracteriza por buscar desvelar os núcleos de sentido relevantes na comunicação.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética do Centro Universitário de Araraquara.

Resultados e discussão

Foram encontradas quatro categorias temáticas que indicam as características mais relevantes do programa de mentoria: 1) Supervisão *versus* Mentoria; 2) Ações da mentora-pesquisadora na condução do processo de ensino-aprendizagem; 3) Trocas entre experientes e iniciantes; 4) O engajamento no processo de reflexão sobre a ação como elemento transformador em direção à melhoria da prática e a constância da experiência.

Supervisão *versus* Mentoria

Ao longo de todo o processo do grupo, foi constante a discussão sobre a diferença entre as supervisões recebidas pelas participantes nos diferentes serviços de saúde mental e a proposta de investigação da prática pelo processo de reflexão sobre a ação. A supervisão foi caracterizada como um espaço privilegiado para pensar ações em resposta às demandas e necessidades dos pacientes no contexto da assistência. Já o programa de mentoria ofereceu possibilidades de investigar a prática, refletir sobre o que estava implícito nas ações das terapeutas ocupacionais, sem, num primeiro momento, haver a preocupação de responder àquelas demandas. Essa característica foi considerada essencial para aprofundar a reflexão, tomar consciência de questões dilemáticas e produzir novos sentidos, investindo na melhoria da prática.

“Percebo que fui me aprofundando em questões bastante delicadas, em dificuldades, ansiedades, medos, sentimentos, que envolvem minha prática e que muitas vezes não podem aparecer em outros espaços, pela própria característica destes, ou pela necessidade de responder a uma demanda geralmente discutida nas reuniões e supervisões”. (Isadora)

Desse modo, o projeto de pesquisa-ação proposto favoreceu a oferta de espaços para reflexão da prática, em uma perspectiva na qual, ao suspender as emergências da prática e focar nos processos de raciocínio clínico e contextos envolvidos na prática, foi possível trazer à tona o que é caracteristicamente implícito, permitindo olhar para sentidos construídos sobre normas e padrões³³, propiciando a redefinição de significados e produção de novos conhecimentos^{1,3,4}.

Ações da mentora-pesquisadora na condução do processo de ensino-aprendizagem

As ações da mentora-pesquisadora, pautadas na sustentação da constituição e do funcionamento da CoA, na facilitação da negociação de sentidos e no alinhamento das participantes às propostas de investigação da prática, foram citadas como características essenciais para facilitar o estabelecimento de relações de confiança, de compreensão da proposta e de trocas entre as participantes^{28,34}.

“[...] pelo seu cuidado na forma como você devolveva os diários, como você colocava a reflexão, como convidava a gente, [...], é um dos únicos espaços nos quais muitas coisas que parecem ser tabus pra gente podiam aparecer...” (Clarice)

Segundo Wenger²², a aprendizagem em si não pode ser projetada. Ela demanda um contexto rico para que possa ser construída, em projetos que favoreçam a combinação entre os três modos de pertencimento. Nesse sentido, o coordenador do projeto de aprendizagem assume uma função educativa, considerando as especificidades de cada sujeito e investindo, afetivamente, em seu desenvolvimento³⁰. O “cuidado” explicitado na fala anterior implica a construção de uma relação com

os sujeitos e com o projeto coletivo, que é o que possibilita o alinhamento ao que é almejado pela comunidade profissional.

Trocas entre experientes e iniciantes

As trocas entre as profissionais experientes e as iniciantes ao longo do trabalho também foram apontadas como uma característica importante dentro do programa, pois estiveram baseadas no *contar* e *compartilhar experiências*, tanto como forma de oferecer parâmetros para organizar a reflexão das profissionais iniciantes, quanto para a reflexão e tomada de consciência sobre seu repertório para as profissionais mais experientes, favorecendo a continuidade de seu desenvolvimento profissional.

"[...] eu sinto é uma maior tranquilidade nos momentos em que eu me apavoro, [...] de não saber o que fazer em uma situação difícil, e acho que antes eu ficava muito mais 'nossa, acho que isso eu devia saber', [...] e [...] ao longo desse processo [...] a gente podia compartilhar e foi muito legal [...] ouvir um pouco de vocês, acho que isso também ia acalmando a gente, então eu acho que nesse sentido eu vou sentindo [...] muita diferença na prática...". (Mariana)

"[...] eu vivi esse processo de [...] entrar num lugar novo, [...] que também me encheu de muitas inseguranças e incertezas, e poder estar aqui, '[...] eu já passei pelas mesmas questões!', e de fato acho que a experiência dá uma diferença [...] por outro lado [...] de alimentação no sentido [...] de compartilhar com vocês [...] questões muito próximas [...] era muito legal ouvir vocês, [...] isso ainda é a nossa prática! e poder compartilhar com as meninas foi muito bacana e acho que isso foi positivo para a vida profissional...". (colaboradora Tatiane)

Para a Comunidade de Prática e Identidade²², a posse da economia de significados e do regime de competência pertence, inicialmente, aos mais experientes, membros totais da comunidade profissional, enquanto os iniciantes têm interesse em passar de periféricos para totais. Esse processo foi acompanhado em nossa CoA, e gerou conflitos³⁵ que, ao serem trabalhados quebrando estereótipos e possibilitando o surgimento do novo, favoreceram o desenvolvimento de ambos (iniciantes e experientes).

O engajamento no processo de reflexão sobre a ação como elemento transformador em direção à melhoria da prática e a constância da experiência

A constância das atividades desenvolvidas (grupo, escrita dos diários e devolutivas) foi outra importante característica apontada pelas participantes para garantir o sucesso do programa de mentoria.

"[...] porque eu acho que essa [...] constância [...] da gente saber da existência desse lugar de fato e de que estava sempre aqui quinzenalmente e de poder pensar juntas, e que as coisas tinham devolutiva, e que aqui a gente podia dividir e perceber, muitas vezes, o quanto que as outras pessoas tinham as mesmas questões, isso dava muito alívio". (Mariana)

"[...] era quando podia ouvir as questões dos outros e perceber [...] que eram muito parecidas com as minhas, e que então eram naturais e que não faziam de mim uma terapeuta ruim. E quando nunca tinha pensado sobre a questão que alguém trazia? Uma nova descoberta! Refletíamos juntas, acho que essa é uma palavra que fica para mim desse grupo: Juntas!!". (Mariana)

"Me vejo também diferente em alguns aspectos pois cada encontro com o diário, o grupo, as devolutivas, era uma forma de me posicionar diante de mim mesma para depois narrar uma experiência ou pensamento para as demais. Isso eu levo pra vida...". (Fernanda)

A constância do processo de reflexão como um fazer-significar explicita as relações com outras experiências e ideias, e cria a condição necessária para a continuidade da aprendizagem².

A negociação de significados (compartilhar e produzir repertórios, modos de fazer, conhecimentos, histórias) foi o eixo condutor da aprendizagem, na interação entre a participação (no grupo e na escrita dos diários e de suas devolutivas) e a reificação produzida por essa participação (crônica do grupo, narrativas dos diários e das devolutivas). Assim, a constância dessa experiência possibilitou organizar ações e interações, produzindo novos sentidos e novas formas de participação e de identidade²².

Considerações finais

Este artigo buscou explicitar características do projeto de uma CoP voltada para a aprendizagem e melhoria do desenvolvimento profissional de terapeutas ocupacionais iniciantes. Os resultados indicam que o uso das ferramentas educacionais utilizadas (encontros presenciais, diários reflexivos, interação entre profissionais experientes e iniciantes, crônicas do grupo, *feedback* aos diários), inseridas em um projeto construído para fomentar a aprendizagem, mostraram-se capazes de promover a melhoria da prática ao transformar profissionais em investigadores de suas práticas e críticos em relação ao que pensam e fazem na assistência em Terapia Ocupacional.

O formato do programa de mentoria demandou uma diferenciação das propostas das supervisões vivenciadas pelas participantes, mais focadas no desenvolvimento de habilidades clínicas e contextuais voltadas para as demandas urgentes da prática. Entretanto, levando em consideração que os processos de supervisão são mais usuais na realidade brasileira de ensino da prática, eles também podem se beneficiar desse tipo de estratégia, que prioriza a formação sob a ótica do desenvolvimento de atitudes investigativas. Compreendendo o raciocínio clínico em Terapia Ocupacional como um *saber como agir* em um contexto singular⁵, a investigação de como o profissional construiu os sentidos de suas ações pôde favorecer a tomada de consciência das teorias, crenças e valores implícitos na prática, seu questionamento e possíveis mudanças, e construção de novos conhecimentos.

A fala de Fernanda, "Isso eu levo para a vida!", ao se referir à sua capacidade de se perceber para construir sentidos sobre sua prática, explicita a transformação dessa terapeuta ocupacional em início de carreira (assim como outras) em uma profissional investigadora da própria prática.

Nesta direção, os resultados aqui apresentados também indicam a importância do trabalho do mentor ou do supervisor – como alguém implicado na condução do processo, na facilitação da negociação e da construção de sentidos –, das trocas entre profissionais experientes e iniciantes como campo de aprendizagens a partir da troca de experiências, e do engajamento no processo de reflexão sobre ação e de trocas no coletivo – o que contribui para alinhar o desenvolvimento ao que é almejado pela comunidade profissional.

Sabemos que essa experiência teve o enquadre de uma pesquisa de doutorado e, nesse sentido, sua replicação em programas de formação, de forma integral, pode ser alvo de críticas, sobretudo em relação: à disponibilidade da mentora-pesquisadora para a realização de todas as tarefas; ao fato de as participantes possuírem diversas supervisões ao longo da semana, o que facilitou com que as demandas da prática pudessem ficar em segundo plano; e mesmo em relação ao grande período de tempo dedicado à intervenção. Entretanto, com os resultados discutidos e nossas reflexões, esperamos contribuir para a ampliação das discussões que circundam os processos de aprendizagem profissional situada/contextualizada (seja no período de formação inicial, como continuada ou em educação permanente), além de fomentar o uso do referencial da Comunidade de Prática e Identidade²² e sua potência em processos de aprendizagem em projetos educacionais e/ou de pesquisa-ação.

Agradecimento

Às profissionais que participaram da CoA (as seis iniciantes na época), que tiveram seus nomes resguardados, e às profissionais experientes Cecília Cruz Villares e Tatiane Luize Cecatto.

Colaboradores

Táís Quevedo Marcolino e Aline Maria de Medeiros Rodrigues Reali participaram ativamente da discussão dos resultados. Gerusa Ferreira Lourenço participou da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Schön D. *The reflexive practitioner*. New York: Basic Books; 1983.
2. Rodgers C. Defining reflection: another look at John Dewey and reflective thinking. *Teach Coll Rec* [Internet]. 2002; [citado 20 Ago 2008];104(4):842-66. Disponível em: <http://eric.ed.gov/?id=EJ651409>.
3. Schön D. *Educando o profissional reflexivo*. Porto Alegre: Artmed; 2000.
4. Kinsella EA, Pitman A. Engaging phronesis in professional practice and education. In: Kinsella AE, Pitman A, editors. *Phronesis as professional knowledge: practical wisdom in the professions*. Ontario: Sense Publisher; 2012. p. 1-11.
5. Mattingly C. What is clinical reasoning? *Am J Occup Ther*. 1991; 45(1):979-86.
6. Dreyfus SE. The five-stage model of adult skill acquisition. *Bull Sci Technol Soc*. 2004; 24(3):177-81.
7. Schell BA, Schell JW. *Clinical and professional reasoning in Occupational Therapy*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2008.
8. Unsworth CA. Clinical reasoning of novice and expert occupational therapist. *Scand J Occup Ther*. 2001; 8(4):163-73.
9. Gaitskell S, Morley M. Supervision in Occupational Therapy: how are we doing? *Br J Occup Ther*. 2008; 71(3):119-21.
10. Barton R, Corban A, Herli-Warner L, McLain E, Riehle H, Tinner E. Role strain in occupational therapy fieldwork educators. *Work*. 2013; 44(3):317-28.
11. Martin P, Kumar S, Lizarondo L, VansErp A. Enablers of and barriers to high quality clinical supervision among occupational therapists across Queensland in Australia: findings from a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:413.
12. Morley M. Developing a preceptorship programme for newly qualified occupational therapists: action research. *Br J Occup Ther*. 2017; 70(8):330-8.
13. Copley J, Nelson A. Practice educator perspectives of multiple mentoring in diverse clinical settings. *Br J Occup Ther*. 2012; 75(10):456-62.
14. Toal-Sullinvan D. New graduates experiences of learning to practice occupational therapy. *Br J Occup Ther*. 2006; 69(11):513-24.
15. Wimpenny K, Forsyth K, Jones C, Matheson L, Colley J. Implementing the model of human occupation across a mental health occupational therapy service: communities of practice and a participatory change process. *Br J Occup Ther*. 2010; 73(11):507-16.
16. Fone S. Effective supervision for occupational therapists: the development and implementations of an information package. *Aust Occup Ther J*. 2006; 53(4):277-83.

17. Hagedorn E, Adams F. Group supervision: making the most of limited education infrastructures. In: Lorenzo T, Duncan M, Buchanan, H, Alsop A, organizadoras. *Practice and service learning in Occupational Therapy*. West Sussex: John Wiley & Sons Publishers; 2006. p. 132-43.
18. Hahn MS. O processo de escolhas de áreas de especialidade dos recém-graduados em terapia ocupacional: a opção pela psiquiatria e saúde mental [tese]. Campinas (SP): Unicamp; 2000.
19. Loughran J. Reflection through collaborative action research and inquiry. In: Lyons N, editor. *Handbook of reflection and reflective inquiry: mapping a way of knowing for professional reflective inquiry*. New York: Springer; 2010. p. 399-413.
20. Mizukami MGN, Reali AMMR, Tancredi RS. Construction of professional knowledge of teaching: collaboration between experienced primary school teachers and university teachers through an online mentoring programme. *J Educ Teach*. 2015; 41(5):1-21.
21. Welsh A, Dawson P. Closing the gap: collaborative learning as a strategy to embed evidence within occupational therapy practice. *J Eval Clin Pract*. 2006; 12(2):227-38.
22. Wenger E. *Communities of practice learning, meaning and identity*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
23. El-Hani CN, Greca IM. Participação em uma comunidade virtual de prática desenhada como meio de diminuir a lacuna pesquisa-prática na educação em biologia. *Cienc Educ*. 2011; 17(3):579-601.
24. Binotto E, Nakayama MK, Siqueira ES, Salgado Junior AP. Comunidade de prática como ferramenta da criação de conhecimento no contexto do agronegócio. *Desenvolv Quest*. 2007; 5(10):11-42.
25. Da Silva H. Uma caracterização do Centro de Educação Matemática – CEM (1984-1997) como uma Comunidade de Prática de formação continuada de professores de matemática. *Bolema – Math Educ Bull* [Internet]. 2010 [citado 18 Feb 2016]; 23(35):185-218. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/71644>
26. Galheigo SM, Braga CP, Mieto FSR, Viotti F, Sarmiento GQ, Motta M, et al. Comunidade de prática em terapia ocupacional: a avaliação do processo pelos participantes e pelos pesquisadores. *Cad Ter Ocup UFSCar* [Internet]. 2015 [citado 18 Feb 2016]; 23(3):463-74. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoAO0471>
27. Hoffmann T, Desha L, Verrall K. Evaluating an online occupational therapy community of practice and its role in supporting occupational therapy practice. *Aust Occup Ther J* [Internet]. 2011 [citado 18 Feb 2016]; 58(5):337-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1630.2011.00954.x>. PMID:21957918
28. Wilding C, Curtin M, Whiteford G. Enhancing occupational therapists' confidence and professional development through a community of practice scholars. *Aust Occup Ther J* [Internet]. 2012 [citado 18 Feb 2016]; 59(4):312-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1440-1630.2012.01031.x>. PMID:22934904
29. Desroche H. Pesquisa-ação: dos projetos de autores aos projetos de atores e vice-versa. In: Thiollent TM, organizadores. *Pesquisa-ação e Projeto Cooperativo na perspectiva de Henri Desroche*. São Carlos: EDUFSCar; 2006. p. 33-68.
30. Toledo RF, Giatti LL, Jacobi PR. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(51):633-46.
31. Marcolino TQ, Reali AMMR. Crônica do grupo: ferramenta para análise colaborativa na pesquisa-ação. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):65-76.
32. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2010.

33. Volich RM. O cuidar e o sonhar: por uma outra visão da ação terapêutica e do ato educativo. *Mundo Saude*. 2000; 24(4):237-45.
34. Marcolino TQ, Reali AMMR. El trabajo del mentor: análisis de los feedbacks de diarios reflexivos a lo largo de un proceso de mentoría en grupo. *Rev Iberoam Educ (Online)*. 2010; 52(6):1-12.
35. Marcolino TQ, Reali AMMR. Rotas dissonantes e comunidade profissional: pistas para promover a aprendizagem colaborativa. In: Reali AMMR, organizador. *Desenvolvimento profissional da docência: teorias e práticas*. São Carlos: EdUFSCar; 2012. p. 281-98.

Marcolino TQ, Lourenço GF, Reali AMMR. "Esto es algo que estará conmigo durante toda mi vida": aprendizaje de la práctica profesional en una Comunidad de Práctica. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):411-20.

El aprendizaje de la práctica exige estrategias formativas enfocadas en procesos reflexivos de colectivos tales como la Comunidad de Práctica (CoP). Con base en una investigación-acción interesada en las contribuciones de un programa de mentoría, como la CoP, con participación de seis terapeutas ocupacionales principiantes y tres con experiencia, este artículo busca aclarar las características del programa consideradas importantes para el aprendizaje profesional. Los datos provenientes del discurso y de los diarios de los participantes en el último encuentro de evaluación final se sometieron a un análisis temático y los resultados muestran la importancia de un espacio de reflexión de modo continuo, de las acciones de la mentora en el fomento a la reflexión, de los intercambios entre los principiantes y los que tienen mayor experiencia. La CoP, como un proyecto rico para el aprendizaje, proporcionó la ruptura de estereotipos y la construcción de nuevos sentidos, favoreciendo el desarrollo de todos los participantes.

Palabras clave: Educación continuada. Investigación cualitativa. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud. Recursos humanos para la salud. Terapia ocupacional.

Submetido em 05/03/16. Aprovado em 09/07/16.

Espiral construtivista:

uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem

Valéria Vernaschi Lima^(a)

Lima VV. Constructivist spiral: an active learning methodology. *Interface* (Botucatu). 2017; 21(61):421-34.

Based on the social-interactionist education theory and on the pedagogical practices in Western societies, this paper presents the constructivist spiral as an active teaching-learning methodology. It discusses the origins and utilization of active methodologies in higher education and focuses on problem-based learning, problematization methodology, the scientific method, and the use of narratives, simulations or role-playing in real practice scenarios. The exploration of the constructivist spiral, according to the movements "identifying problems"; "formulating explanations"; "developing questions"; building new meanings" and "evaluating processes and products", highlights similarities and differences in relation to the active methodologies approached in the paper. The educational intentionality behind the utilization of the constructivist spiral is revealed by the nature of the learning triggers that are used and by the transformative sense of reality derived from a critical and reflective posture in the interaction of "subject" and "object".

Keywords: Methodology. Teaching. Active learning. Higher education.

A partir da teoria sociointeracionista da educação e da trajetória das práticas pedagógicas nas sociedades ocidentais, o artigo apresenta a espiral construtivista como uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Discute as origens e a utilização de metodologias ativas no ensino superior, focalizando: a aprendizagem baseada em problemas, a metodologia da problematização, o método científico e o uso de narrativas, simulações ou atuações em cenários reais de prática. A exploração da espiral construtivista, de acordo com os movimentos: "identificando problemas"; "formulando explicações"; "elaborando questões"; "construindo novos significados"; "avaliando processo e produtos", destaca semelhanças e diferenças em relação às metodologias ativas focalizadas. Para além dos aspectos metodológicos envolvidos, a intencionalidade educacional na utilização da espiral construtivista é explicitada pela natureza dos disparadores de aprendizagem utilizados e pelo sentido transformador da realidade derivado da postura crítica e reflexiva na interação do "sujeito" e "objeto".

Palavras-chave: Metodologia. Ensino. Aprendizagem ativa. Educação Superior.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de São Carlos. Rodovia Washington Luís, km 235. São Carlos, SP, Brasil. 13655-905. valeriavl@ufscar.br

Introdução

Nas sociedades humanas, a cultura se institui a partir da aquisição sistemática de experiências, resultante das relações do homem com a realidade, e pode ser orientada à sua reprodução ou transformação¹.

Nas últimas quatro décadas do século XX, investigações sobre cultura, mente, cérebro, cognição e desenvolvimento trouxeram novas evidências em relação à aprendizagem, colocando, em reflexão, as concepções sobre esse processo e sua tradução nas práticas pedagógicas². Apesar dessas investigações e das incontestáveis mudanças no acesso e disseminação de informações, a pedagogia da transmissão ainda permanece hegemônica, tanto na formação como na capacitação profissional³.

Particularmente na saúde, a combinação entre pedagogia da transmissão e foco na dimensão biológica do processo saúde-doença produz uma formação descontextualizada em relação às dimensões subjetiva e social desse fenômeno; fragmentada em disciplinas e em conhecimentos de áreas básicas e clínicas; tecnicista e centrada em procedimentos. Buscando superar as consequências dessas orientações, há um movimento voltado à produção de mudanças tanto em relação ao uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem quanto à promoção de uma educação transformadora⁴.

As metodologias ativas de ensino-aprendizagem, particularmente com enfoque problematizador, vêm sendo utilizadas na formação e capacitação de profissionais de saúde, como estratégia voltada à integração de saberes e à promoção de uma atitude crítica e reflexiva sobre a prática⁵⁻⁷. Uma dessas metodologias é a espiral construtivista⁸ que, embora em uso no Brasil desde 2004, ainda não havia sido explorada e registrada como uma nova construção metodológica, tendo em vista a origem e as bases teóricas.

Considerando esse contexto, apresentar e fundamentar a metodologia da espiral construtivista é o objetivo deste artigo que, ao mesmo tempo em que considera o caráter transformador da educação, também reconhece que o sistema educacional tem “efeitos de longa duração, que não mudam facilmente”⁹ (p. 29).

Em termos de método de estudo, este trabalho se configura como um desenho de ensaio, entendendo tal modalidade como um exercício crítico de caráter exploratório acerca de um tema, buscando uma nova forma de olhar ou aprofundar um assunto¹⁰.

Teorias sobre o processo ensino-aprendizagem

As teorias pedagógicas que explicam a aprendizagem consideram o “sujeito” que aprende, o “objeto” e a “mediação” entre o sujeito e o objeto, realizada no convívio em sociedade. A distinta valorização atribuída a esses elementos fundamenta as teorias: (i) ambientalista, (ii) inatista e (iii) interacionista que, ao longo do tempo, vêm sendo traduzidas nas práticas pedagógicas.

A teoria ambientalista coloca foco no “objeto”, representado pelos conteúdos a serem conhecidos. Traduzida na pedagogia diretiva, valoriza o papel do professor e considera que a aprendizagem ocorre pela transmissão de informações^{11,12}.

De maneira oposta, a teoria inatista valoriza o “sujeito” e a aprendizagem é atribuída aos fatores hereditários e maturacionais de cada pessoa. Corresponde a uma pedagogia não diretiva, que considera as diferenças entre os indivíduos insuperáveis, uma vez que são biologicamente estabelecidas^{11,12}.

O surgimento da teoria interacionista ou sociointeracionista promoveu uma releitura das explicações, aparentemente antagônicas, entre o adquirido e o inato. Colocou foco na “mediação”, que ocorre na interação entre o “sujeito” e o “objeto”. Para essa teoria, traduzida na pedagogia construtivista, tanto os fatores hereditários quanto os conteúdos, a cultura e a sociedade interagem na aprendizagem^{13,14}.

Características e trajetória das práticas pedagógicas

Nas sociedades ocidentais, a prática educacional percorreu uma trajetória empírica até o surgimento da pedagogia, como área de conhecimento, no século XVII¹⁵.

Segundo Gauthier e Tardif¹⁵, o ofício de professor teve origem na Grécia antiga, com os sofistas, sendo que a educação formal nas sociedades escravocratas reproduzia a divisão de classes, transferindo valores dos homens “livres”. Esses autores consideram a escola, como instituição de ensino formal, um produto da Idade Média. Nas escolas medievais, a prática pedagógica era baseada na repetição e inculcação de valores e interesses do clero e da nobreza. A transição do feudalismo para o capitalismo, com a ascensão da burguesia, promoveu mudanças nas estruturas de poder, com repercussões nas escolas, que passaram a transmitir os valores das nações em formação, ou do Estado.

Na Idade Moderna, pensadores renascentistas e iluministas são reconhecidos como os primeiros autores a se contraporem à educação tradicional. Mesmo considerando as ideias humanistas, centradas no homem ao invés de nas escrituras, e o racionalismo, centrado na razão, a prática pedagógica manteve-se inalterada até final do século XIX, sendo transmitida como um modelo inquestionável, que instituiu uma tradição¹⁶.

Nesse cenário, a principal inovação da prática pedagógica foi formulada por Jean-Jaques Rousseau (1712-1778). Esse autor deslocou o centro do processo de aprendizagem do docente e dos conteúdos, para as necessidades e interesses dos educandos. Segundo Edouard Claparède (1873-1940), a mudança na centralidade desse processo pode ser considerada uma verdadeira revolução pedagógica, comparável àquela que Copérnico realizou na astronomia¹⁷⁻¹⁹. Entretanto, essa mudança só teve repercussão em fins do século XIX e início do XX, com o movimento escolanovista. Representando uma pedagogia renovada frente à tradicional, esse movimento fundamentou a criação de novas escolas e métodos educacionais, orientados à aprendizagem ativa frente aos problemas do cotidiano^{16,19}.

Também no início do século XX, a concepção behaviorista foi igualmente apresentada como uma alternativa à pedagogia tradicional e, diferentemente do escolanovismo, teve ampla adesão. O behaviorismo focalizou o condicionamento dos comportamentos observáveis, tornando-se dominante no contexto escolar, entre 1920 e 1970¹⁵.

Mesmo hegemônico, o condicionamento apresentava fortes limitações para explicar o pensamento humano. Dessa forma, propiciou o surgimento de uma concepção cognitivista que resgatou os elementos subjetivos do processo de aprender. Para o cognitivismo, o foco de estudo do pensamento humano foi transferido para os processos de aprendizagem, ao invés dos comportamentos¹⁸.

Ainda no século XX, as principais teorias psicogenéticas fundaram a concepção construtivista na educação^{15,20}. Aqui, cabe destacar que o ponto de convergência entre o cognitivismo e o construtivismo está na contraposição à explicação behaviorista, uma vez que ambos compreendem a aprendizagem como um processo de transformação da “informação que provém do ambiente” e que se torna uma “representação simbólica”¹⁵ (p. 421).

Na educação, o construtivismo utilizou elementos da teoria genética de Jean Piaget (1896-1980), da aprendizagem significativa de David Ausubel (1918-2008), da formação integral de Henri Wallon (1879-1962) e do enfoque sociocultural de Lev Vygotsky (1896-1934) para conceituar a “aprendizagem como um processo de construção do conhecimento e o ensino como um apoio a esse processo de construção”¹⁶ (p. 357).

Para Salvador¹⁶, a concepção construtivista integra princípios explicativos sobre a natureza social e a função socializadora da escola, o papel do professor e dos conteúdos e, ainda, sobre os processos de construção, modificação e reorganização dos esquemas e significados do conhecimento. Essa concepção tem sido importante referencial no deslocamento da formação profissionalizante ou tecnocientífica para uma educação transformadora da realidade^{1,6}.

Metodologias ativas de ensino aprendizagem

As raízes da utilização de metodologias ativas – MA na educação formal podem ser reconhecidas no movimento escolanovista. De modo geral, são consideradas tecnologias que proporcionam engajamento dos educandos no processo educacional e que favorecem o desenvolvimento de sua capacidade crítica e reflexiva em relação ao que estão fazendo^{21,22}. Visam promover: (i) pró-atividade, por meio do comprometimento dos educandos no processo educacional; (ii) vinculação da aprendizagem aos aspectos significativos da realidade; (iii) desenvolvimento do raciocínio e de capacidades para intervenção na própria realidade; (iv) colaboração e cooperação entre participantes.

Segundo Dewey²³, a utilização de desafios educacionais no formato de problemas mostra-se coerente com o modo como as pessoas, naturalmente, aprendem. Segundo esse autor, a educação deve voltar-se à vivência de experiências ao invés da transmissão de temas abstratos.

Para além do engajamento dos educandos, Bruner²⁴ considera necessário que as MA acionem representações que construímos sobre o mundo. Exploradas por meio de narrativas, essas representações traduzem a interface entre o indivíduo e o social, e permitem um maior acesso sobre o modo de pensar, os desejos e interesses das pessoas, numa determinada cultura.

Chickering e Gamson²⁵ incluíram o uso de metodologias ativas dentre os sete princípios para uma boa prática educacional. Esses autores chamam a atenção para a realização de atividades que envolvam a cooperação, a interação, a diversidade e a responsabilidade dos educandos, especialmente em pequenos grupos.

Há ponderações de alguns educadores em relação à maior valorização do método de aprendizagem sobre os conteúdos, especialmente, se esses estiverem descontextualizados. Saviani²⁶ e Libâneo²⁷ discutem essas questões, destacando dois desafios: tornar acessíveis as tecnologias voltadas à aprendizagem ativa e considerar uma abordagem crítica na seleção dos conteúdos compartilhados com as futuras gerações.

Nas últimas décadas, diversas metodologias ativas vêm sendo desenvolvidas, tais como: aprendizagem baseada em problemas - ABP, a problematização, e aprendizagem baseada em projetos, em equipes, por meio de jogos ou uso de simulações. A ABP e a problematização foram exploradas neste artigo com o propósito de explicitar a influência dessas metodologias na formulação da espiral construtivista - EC.

Bases teórico-metodológicas da espiral construtivista

A espiral construtivista – EC é uma metodologia problematizadora, concebida a partir de experiências que desenvolvi como docente, em currículos que utilizavam tecnologias educacionais ativas. A primeira formulação foi intuitiva e originada na interpretação dos achados de uma pesquisa⁸ que realizei sobre ABP, num currículo de medicina. Essa pesquisa, desenvolvida junto a um programa de mestrado, revelou que, a partir do processamento de problemas, as questões de aprendizagem elaboradas pelos estudantes apresentavam maior articulação disciplinar do que o guia do tutor produzido pelos professores. Assim, a ideia inicial para a formulação da EC foi o princípio da globalização, defendido por Ovide Dècroly (1871-1932)²⁸. Segundo este autor, considerado um dos precursores das MA, a aprendizagem ocorre com base numa visão do todo para, posteriormente, se organizar em partes. Dècroly indicou a inversão no processo de alfabetização que deveria ser disparado pela associação de significados em discursos completos, ao invés do conhecimento de sílabas isoladas²⁸.

A partir de uma concepção construtivista da educação e do princípio da globalização, agreguei elementos da dialogia, da aprendizagem significativa e da metodologia científica para compor os fundamentos teóricos dessa metodologia.

Em relação à teoria sociointeracionista, recentes avanços na explicação da aprendizagem apontam que, como humanos, somos biologicamente preparados para aprender, e esta base biológica é modulada pela experiência e pelo ambiente, de modo ativo e permanente. Para Vygotsky²⁹, a interação entre

“sujeito” e “objeto” e entre pessoas com diferentes repertórios possibilita zonas de desenvolvimento proximal que impulsionam a aprendizagem. Assim, o contato com pessoas mais experientes favorece a resolução de problemas impossíveis de serem enfrentados somente com os repertórios individuais. A ênfase no contexto e na cultura, como elementos determinantes do processo de aprendizagem, valoriza as representações construídas na produção de conhecimento e significados²⁹.

A abordagem dialógica amplia a base sociointeracionista. Segundo Morin³⁰, o princípio da dialogia reconhece diferentes explicações/perspectivas em relação a uma determinada leitura de mundo, e busca associar os elementos que a compõem, ligando o todo às partes. Mesmo considerando praticamente todos os elementos da dialética, a dialogia, ao invés de trabalhar com tese-antítese-síntese, busca a construção de um metaponto de vista.

Para Sánchez³¹, a dialogia consiste na associação, ao mesmo tempo, “complementar, convergente e antagonista” de processos ou concepções (p. 173). Assim, reconhece-se a relação complementar entre, por exemplo, objetividade-subjetividade, disciplina-interdisciplinaridade, indivíduo-coletivo. Morin³⁰ define essas relações como complementares e recursivas. A concepção de recursividade também pode ser encontrada na proposta do currículo em espiral, formulada por Bruner²⁴, a partir da qual as ideias devem ser elaboradas e reelaboradas em sucessivas aproximações, permitindo a construção de uma compreensão ampliada.

No tocante à aprendizagem significativa³², os saberes prévios são considerados determinantes na construção de novos saberes, devendo ser passíveis de problematização. Nesse sentido, o espírito científico, fundamentado por métodos validados, deve orientar a construção de conhecimentos. Considerando que os saberes prévios representam a “experiência primeira”, Bachelard³³ aponta que a formação do espírito científico requer que nos aventuremos no reino do novo, por meio da negação dos saberes anteriores. Para esse autor, o primeiro obstáculo à construção de novos significados é quando colocamos “a experiência primeira acima da crítica”³³ (p. 29). Assim, a busca por evidências científicas é impulsionada pela dúvida ou incerteza³³ e pelo desequilíbrio epistemológico³⁴.

Considerando essas referências, utilizei o formato de uma espiral para representar os movimentos recursivos, contínuos, incompletos e inacabados do processo de aprendizagem¹. Empregada desde a cultura celta, a espiral traduz, simbolicamente, forças opostas ou transformadoras. A ideia de ciclos também aparece nas teorias interacionistas^{29,34}, particularmente, em propostas voltadas à intervenção na realidade³⁵ e à construção de produtos^{36,37}.

Em relação às influências advindas da ABP e da problematização, cabe destacar que ambas também são consideradas metodologias ativas e baseadas em problemas.

A ABP estruturou o uso de metodologias ativas no currículo da graduação. Inicialmente, foi empregada no curso médico da McMaster University, Canadá, no final da década de 1960^{5,38-40}. Mesmo sem referências diretas às ideias de John Dewey e Jerome Bruner na formulação da ABP, podemos reconhecê-las pela utilização de problemas e pequenos grupos, e pelo papel ativo dos educandos. Atualmente, currículos organizados segundo a estratégia da ABP podem ser encontrados na formação de diversas profissões e em todos os continentes. No Brasil, a ABP foi introduzida em 1993, em cursos da pós-graduação⁴¹, e, em 1997, na graduação⁴².

A variedade das práticas chamadas de ABP e dos indicadores utilizados para a avaliação de seus resultados limita a interpretação de alguns achados encontrados na literatura⁴³⁻⁴⁷. Nesse sentido, cabe explicitar que a referência de ABP utilizada na construção da EC foi baseada no método dos sete passos, conforme apresentado por Schmidt³⁸ (Figura 1).

Na ABP, os problemas são elaborados pelos docentes e devem: ser formulados segundo uma “descrição neutra de fenômenos ou eventos da realidade [...] do modo mais concreto possível”³⁸ (p. 15); ativar os conhecimentos prévios dos estudantes; e apresentar um desafio cognitivo para o qual se reconhece a utilidade. Idealmente, o papel do tutor deve ser de um facilitador desse processo, e os estudantes devem participar de modo colaborativo e cooperativo no processamento do problema. Branda³⁹ e Venturelli⁴⁰ utilizam apresentações mais detalhadas ou com movimento circular para representar a ABP. Ambos incluem a etapa de avaliação nos respectivos esquemas, sendo que Branda³⁹ denomina o problema de situação problemática.

Passo 1 - Esclarecer termos e expressões no texto do problema
Passo 2 - Definir o problema
Passo 3 - Analisar o problema
Passo 4 - Sistematizar análise e hipóteses de explicação ou solução do problema
Passo 5 - Formular objetivos de aprendizagem
Passo 6 - Identificar fontes de informação e adquirir novos conhecimentos individualmente
Passo 7 - Sintetizar conhecimentos e revisar hipóteses iniciais para o problema

Figura 1. Sete passos da aprendizagem baseada em problemas

Fonte: Traduzido de Schmidt³⁸ (p. 13).

Por sua vez, a problematização vem progressivamente ganhando espaço no Brasil, particularmente na área da saúde^{48,49}. Teve origem em 1960, quando Charles Maguerez (1927-2003) idealizou um arco para representar uma abordagem educacional voltada ao treinamento de operários. Embora apresentando alguns elementos da teoria interacionista, a primeira versão do arco tinha forte orientação econômica; não envolvia a formulação de problemas; era fundamentalmente informativa e centrada na figura do professor/instrutor, ficando, para os operários, o papel de reproduzirem os conhecimentos⁵⁰. Considerando os movimentos de partida e de retorno à realidade, Bordenave e Pereira⁶ produziram, em 1982, uma adaptação do arco, com forte influência das ideias de Piaget, Vygotsky, Bruner, Freire e Ausubel. Nessa adaptação, o arco foi direcionado para a solução de problemas, baseado no pensamento científico e orientado por uma perspectiva dialética da interação do homem na realidade⁵⁰ (Figura 2).

Segundo Bordenave e Pereira⁶, embora o professor defina a problemática a ser observada, os problemas são reais. Os educandos partem de uma observação “ingênua” e, nas etapas seguintes, professor e aluno participam ativamente da problematização e da construção de uma intervenção na realidade. O papel do professor é mais propositivo na teorização e na formulação de hipóteses de solução, atuando como fonte de informação.

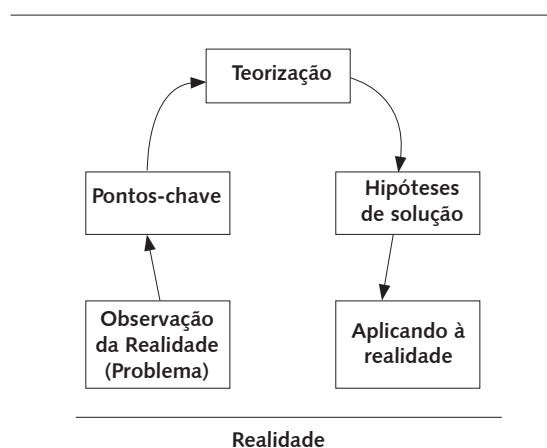


Figura 2. Etapas do Arco da Metodologia Problematizadora

Fonte: Bordenave e Pereira⁶ (p. 10).

Também considerado uma educação problematizadora, o método de Paulo Freire está orientado para a realidade e apresenta três etapas, sendo a primeira focada na leitura de mundo. Essa leitura é obtida por meio de uma investigação temática, considerando-se as vivências e experiências dos educandos. A partir de palavras geradoras, identificadas nessa investigação, segue-se a tematização. Nela, ocorre o compartilhamento dos sentidos atribuídos às palavras geradoras de modo a fundamentar a terceira etapa. Na problematização, palavras e sentidos são dialogados e colocados em reflexão, visando à transformação do mundo lido¹.

Por fim, a atuação de educandos em situações reais da prática profissional, embora seja a MA menos controlada, é a mais significativa pela absoluta contextualização e integração teoria-prática. Disparadoras da aprendizagem ao longo da vida, as situações reais requerem total engajamento, uma vez que implicam intervenções nos problemas identificados, por meio da ação-reflexão-ação¹. Nesse sentido, a utilização de simulações da prática, em cenários controlados, contempla um maior realismo, sem apresentar riscos aos envolvidos^{51,52}.

O desenvolvimento da espiral construtivista

O primeiro uso da EC em iniciativas educacionais formais ocorreu em 2004, numa especialização *latu sensu*, de abrangência nacional⁵³. Nessa experiência, ampliamos o uso de disparadores da EC, por meio da inclusão de narrativas. As narrativas trouxeram as interpretações subjetivas dos educandos sobre o mundo, aproximando o processo de aprendizagem das prioridades e da cultura dos educandos⁵⁴.

Na graduação, a EC vem sendo utilizada, desde 2006, no currículo médico de uma universidade federal⁵⁵. Neste currículo, o uso de narrativas sobre a prática simulada e produções dos educandos, como histórias clínicas, também foi incluído como disparador.

A partir de 2009, a EC passou a ser utilizada em iniciativas educacionais de aperfeiçoamento e especialização, construídas para a capacitação de profissionais do Sistema Único de Saúde⁵⁶, também em âmbito nacional. Em 2010, foi aplicada no Ensino Médio⁵⁷, em uma atividade eletiva e voltada à escolha profissional. Desde 2011, vem sendo utilizada na pós-graduação *stricto sensu*, em mestrados profissionais^{58,59}.

Em relação aos movimentos da espiral, a identificação de problemas, formulação de explicações e elaboração de questões de aprendizagem foram denominadas "síntese provisória". A busca por novas informações, a construção de novos significados e a avaliação constituíram uma "nova síntese" (Figura 3).

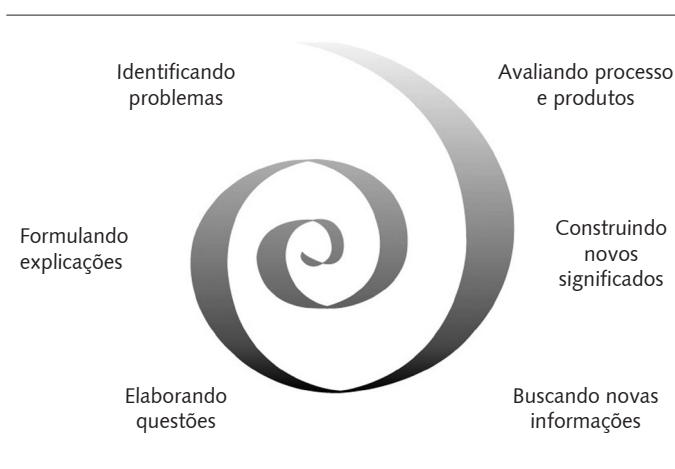


Figura 3. Representação esquemática da espiral construtivista

Fonte: Traduzido e adaptado de Lima⁸.

Considerando a teoria dialética do conhecimento²⁷, a “síntese provisória” corresponde ao momento de síntese, como uma visão global e inicial da realidade, e a “nova síntese”, aos momentos de análise e síntese. A partir da busca, a “nova síntese” representa a possibilidade de reconstrução dos saberes, à luz da ciência. Dos seis movimentos da EC, somente a busca é realizada individualmente. Os demais são desenvolvidos em encontros de pequenos grupos com oito a dez educandos e um facilitador de aprendizagem, que devem estabelecer um conjunto de pactos para o trabalho coletivo.

Na “síntese provisória”, o processamento tem início na interação dos educandos com o disparador de aprendizagem. Os disparadores podem ser: (i) situações-problema elaboradas por docentes, (ii) narrativas de prática elaboradas pelos educandos, (iii) produtos sistematizados a partir da atuação dos educandos em cenários reais ou simulados. Essa diversidade permite trabalharmos o processo ensino-aprendizagem a partir de diferentes perspectivas, além de empregar um espectro que contempla: (i) situações mais estruturadas e controladas, como as situações-problema; (ii) situações semiestruturadas, como as simulações; e (iii) situações pouco controladas, como as narrativas ou produtos elaborados a partir da atuação em cenários reais.

Identificando problemas

Na EC, a identificação de problemas subordina-se aos conhecimentos, percepções, sentimentos e valores prévios de cada educando. Os problemas ou desafios identificados podem ser agrupados, por afinidade, e representam o ponto de partida do processo ensino-aprendizagem. Nesse sentido, não se trata de “um” problema a ser reconhecido pelos educandos do grupo, mas de um conjunto de problemas, resultado de diferentes perspectivas e interpretações.

Formulando explicações

A partir dos problemas identificados, a explicitação dos pressupostos iniciais de cada educando sobre a ocorrência dos problemas visa compartilhar os sistemas explicativos que justificam os fenômenos observados. Essas justificativas originam as hipóteses.

A formulação de hipóteses explicativas permite reconhecer tanto as racionalidades como os sentimentos associados, pelos participantes, aos problemas identificados. Quanto maior o número de hipóteses, maior o potencial para produzir explicações abrangentes. Nesse sentido, juntamente com os problemas e desafios identificados, os distintos sistemas explicativos representam os saberes prévios e as fronteiras de aprendizagem.

No movimento “formulando hipóteses”, os repertórios construídos nas experiências de cada educando devem ser, respeitosamente, considerados. O reconhecimento de imprecisões, incompletudes, incongruências, ambiguidades e outros desafios devem resultar na elaboração de questões de aprendizagem.

Elaborando questões

As questões de aprendizagem ou de pesquisa representam as necessidades de aprendizagem dos educandos. As questões devem focalizar aspectos que permitam ao grupo ampliar seu entendimento e possibilidades de intervenção sobre uma determinada situação. As questões a serem investigadas devem ser coletivamente construídas e pactuadas, permitindo que os educandos testem as hipóteses formuladas. A importância de todos pesquisarem as mesmas questões é decorrente da estratégia de validação de um determinado conhecimento, por meio da análise e confronto de diferentes fontes e autores.

Buscando novas informações

A partir de facilidades e dificuldades no acesso às informações e às bases remotas de dados, o desenvolvimento de capacidades para a busca de conhecimento deve ser estimulado e apoiado pelo

facilitador. A análise das estratégias de busca e do grau de confiabilidade das fontes, assim como a avaliação crítica da produção das informações obtidas, devem ser exploradas no encontro de nova síntese.

Construindo novos significados

Na EC, a reconstrução de significados, que fundamentam nossa intervenção no mundo, é produto do confronto entre os saberes prévios e as novas informações trazidas pelos educandos. Nesse movimento, as novas informações devem ser compartilhadas, no sentido de se verificarem graus de consenso entre as diversas fontes pesquisadas, e a consistência, coerência ou abrangência dos sistemas explicativos encontrados na literatura. Embora haja a possibilidade de serem construídos novos saberes na “síntese provisória”, em função da troca entre os participantes, essa construção assume um caráter científico na “nova síntese”, fundamentado por melhores evidências. O confronto de informações na “nova síntese” deve reconhecer os vieses e erros na produção de conhecimentos, assim como a necessidade de contextualização e de defesa da dimensão ética nessa produção.

Avaliando processo e produtos

A avaliação na EC tem papel fundamental, uma vez que está voltada à melhoria ou ampliação de capacidades para aprender, para trabalhar em grupo e para intervir na realidade. Os retornos devem ser os mais claros e objetivos possíveis, podendo incluir o impacto produzido pelos desempenhos observados. Por essas características, a avaliação na EC tem caráter formativo⁶⁰, devendo ser verbal e realizada ao final de cada encontro.

Todos os educandos devem realizar a avaliação, começando pela autoavaliação, incluindo a metacognição^{61,62}. Considerada uma das principais estratégias de aprendizagem, a metacognição é uma avaliação orientada à identificação de facilidades e dificuldades no processo de aprender, visando à melhoria no acesso, análise e organização de informações.

Após a autoavaliação, os educandos devem avaliar o desempenho dos seus pares e do facilitador. Paralelamente, o facilitador também deve avaliar-se e oferecer retornos sobre o desempenho de cada educando e sobre o trabalho coletivo.

Reflexões sobre elementos diferenciais da EC

Considerando as influências da ABP e da problematização na formulação da EC, a diversificação, natureza e processamento dos disparadores a diferenciam dessas duas metodologias ativas. No tocante ao papel do contexto nos disparadores, a incorporação do termo “situação” ao termo “problema” aponta a ideia de interpretações situacionais para uma dada realidade.

Na EC, a concepção de problema se alinha à perspectiva empregada no planejamento estratégico situacional. Para Matus⁶³, problema é uma realidade insatisfatória ou um desafio que gera curiosidade, inquietude ou desconforto, e que pode ser transformado numa realidade mais favorável ou desejada. Essa referência é uma condição que também distingue o processamento das situações utilizadas na EC e que representam distintos interesses e valores, tanto dos educandos, ao interagirem com as situações, como daqueles que participam do processo de elaboração dessas situações. As situações-problema, narrativas ou produtos sistematizados dos educandos superam a proposta de um problema “neutro” concebido pela ABP, quer restrito a determinados componentes do fenômeno ou apresentado somente na perspectiva profissional ou do professor.

Além desse aspecto, a exploração do contexto visa ampliar a abordagem tecnicista da educação e da formação profissional, trazendo elementos que situam os fenômenos num contexto histórico e cultural da sociedade. Uma das funções do contexto é a de favorecer a articulação indivíduo-sociedade. Desse modo, as problemáticas contextualizadas devem aproximar a aprendizagem da vida e favorecer o reconhecimento da cultura e da utilidade dos novos saberes^{54,64,65}.

Independentemente do disparador, racionalidades e emoções devem ser exploradas na EC. Maturana⁹ destaca o caráter biológico das emoções, relacionando-as aos nossos desejos, intenções

e preferências. Segundo esse autor, a racionalidade é a expressão por meio da qual justificamos ou negamos desejos, intenções e preferências. A exploração articulada entre razão-emoção tende a ampliar a consciência crítica e promover independência intelectual, por meio do reconhecimento de como produzimos cultura.

Outro aspecto relevante diz respeito à identificação de problemas ou desafios a partir de uma impressão global de cada educando em relação ao disparador, independentemente do desconhecimento de algum termo, como indicado no primeiro passo da ABP. Na EC, inicia-se o processo pela síntese provisória dos educandos, ao invés dos elementos ou aspectos que desconhecem. Essa é uma diferença que tende a valorizar os saberes dos educandos, embora possam ser incompletos, imprecisos ou incorretos. Cria-se um clima favorável à exposição desses saberes, mesmo que não haja total esclarecimento em relação a algum termo ou aspecto da situação em análise.

No tocante ao papel do professor na EC, este deve atuar de maneira problematizadora, mediando a aprendizagem. O foco deve ser colocado no desenvolvimento de capacidades críticas e reflexivas pelos educandos. Esse desenvolvimento é potencializado: pelo uso de situações contextualizadas como disparadoras da aprendizagem; pelo confronto entre saberes prévios e evidências científicas; e pela abordagem problematizadora, considerando compreensão da metodologia, criticidade, disponibilidade para o diálogo e respeito à diversidade¹.

Finalmente, no processo de avaliação, além da análise do processo de aprender, o grupo pode avaliar a produção alcançada e gerar uma nova espiral para o aprofundamento ou melhoria de produtos.

Assim, a partir das experiências vividas na aplicação da EC, cabe destacar que a diversidade e a contextualização de disparadores, a forma de abordar os saberes prévios dos educandos e a atitude problematizadora, especialmente do facilitador, visam produzir uma educação mais crítica e reflexiva, ao invés de tecnicista e reprodutora.

Potencialidades e limites da EC

Embora haja pesquisas que apontem um maior potencial de aprendizagem quando o contexto² é explorado nos disparadores, em relação aos resultados da EC, essa hipótese ainda não foi testada, particularmente em comparação às outras metodologias ativas.

Ainda como potencialidade, as questões de aprendizagem quando contextualizadas na situação, ao invés de formuladas de modo genérico ou temático, resultam numa busca mais específica e ampliam o processo crítico e reflexivo na produção de saberes e de intervenções, tanto na realidade como em situações simuladas.

Em relação aos fatores críticos de sucesso, considero a atuação do professor, como um mediador da aprendizagem, como sendo o principal. A promoção de um ambiente aberto e respeitoso em relação às diferenças e de uma atitude comprometida com a construção ética e científica de saberes tende a potencializar o papel transformador da educação. Nesse sentido, a compreensão sobre os sentidos dos movimentos da EC e o posicionamento problematizador desse educador favorecem o espírito científico, a reflexão e a criatividade dos educandos.

Como limitações, considerando-se uma iniciativa educacional, o uso isolado da metodologia EC não garante uma educação transformadora. Para tanto, a escola deveria: refletir criticamente sobre a seleção e organização dos conteúdos a serem processados nas situações; priorizar o desenvolvimento do pensamento científico, crítico e reflexivo; investir na capacitação dos facilitadores como agentes problematizadores; diversificar cenários e experiências educacionais; e orientar a educação aos problemas relevantes da sociedade onde se insere.

Considerações finais

Independentemente da utilização da espiral construtivista ou de outras metodologias ativas de ensino-aprendizagem, deve-se considerar que a força da inércia representa um forte obstáculo a ser

enfrentado, quando se buscam mudanças na prática educacional. A polêmica, ainda atual, em relação à transferência do centro do processo do professor e dos conteúdos para os educandos deve estar contextualizada em relação à proposta de educação e de escola que a sociedade deseja para suas futuras gerações.

Segundo Snyders⁶⁶, os papéis da educação e da escola não podem ficar subsumidos na discussão das metodologias de ensino-aprendizagem. As últimas produções desse autor destacam a importância da alegria no processo de aprender, e embora alinhadas às correntes que consideram a escola reprodutora de desigualdade, pontuam que a educação necessária à reprodução também pode servir à conscientização e à libertação. Assim, quanto mais ativo, crítico e reflexivo for esse processo, maiores serão as chances para produzirmos mudanças na educação e na sociedade.

Agradecimentos

Ao Roberto de Queiroz Padilha pelo apoio na utilização da EC em iniciativas do ensino médio, graduação e pós-graduação. À Eliana Cláudia de Otero Ribeiro e ao Romeu Gomes pelas reflexões durante a produção deste artigo.

Referências

1. Freire P. Educação como prática de liberdade. 22a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.
2. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, organizadores. How people learn. Washington: National Academy Press; 2000.
3. Christensen CM, Horn MB, Johnson CW. Inovação na sala de aula: como a inovação de ruptura muda a forma de aprender. Porto Alegre: Bookman; 2009.
4. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saude Publica. 2004; 20(5):1400-10.
5. Barrows HS, Tamblyn RM. Problem-based learning. New York: Springer Press; 1980.
6. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino-aprendizagem. 22a ed. Petrópolis: Vozes; 2001.
7. Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogni MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. Rev Saude Publica. 2005; 39(2):231-7.
8. Lima VV. Learning issues raised by students during PBL tutorials compared to curriculum objectives [dissertation]. Chicago: Department of Health Education, University of Illinois at Chicago; 2001.
9. Maturana H. Emoções e linguagem na educação e na política. Belo Horizonte: Editora UFMG; 2005.
10. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
11. Matui J. Construtivismo: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino. São Paulo: Moderna; 1995.
12. Meirieu P. Aprender... sim, mas como? 7a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.
13. Rego TC. Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da Educação. Rio de Janeiro: Vozes; 1995.

14. Becker F. Educação e construção do conhecimento. 2a ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
15. Gauthier C, Tardif M. A pedagogia: teorias e prática da antiguidade aos nossos dias. Petrópolis: Vozes; 2010.
16. Salvador CC. Psicologia do ensino. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
17. Hameline D. Edouard Claparède. Recife: Fundação Joaquim Nabuco, Massangana; 2010.
18. Bigge ML. Teorias da aprendizagem para professores. São Paulo: EPU/USP; 1977.
19. Gadotti M. História das ideias pedagógicas. 6a ed. São Paulo: Ática; 1998.
20. Coll C. Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. 5a ed. São Paulo: Ática; 1987.
21. Bonwell CC, Eison JA. Active learning: creating excitement in the classroom. Washington: The George Washington University; 1991. (ASHE-ERIC Higher Education Report, nº 1).
22. Hannafin M, Land S, Oliver K. Open learning environments: foundation, methods, and models. In: Reigeleith CM, editor. Instructional-design theories and models. New York: Routledge; 1999. p. 115-40.
23. Dewey J. A escola e a sociedade; a criança e o currículo. Lisboa: Relógio d'Água; 2002.
24. Bruner J. Sobre a teoria da instrução. São Paulo: PH Editora; 2006.
25. Chickering AW, Gamson ZF. Seven principles for good practice. AAHE Bull. 1987; 39(7):3-7.
26. Saviani D. Escola e democracia. 41a ed. Campinas: Autores Associados; 2009.
27. Libâneo JC. Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Loyola; 2009.
28. Dubreucq F. Jean-Ovide Dècroly. Recife: Massangana; 2010.
29. Vygotsky LS. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 6a ed. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
30. Morin E. Por uma reforma do pensamento. In: Pena-Vega A, Nascimento E, organizadores. O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond; 1999. p. 21-34.
31. Sánchez A. A noção da dialógica e meus encontros com Edgar Morin. In: Pena-Vega A, Nascimento E, organizadores. O pensar complexo: Edgar Morin e a crise da modernidade. Rio de Janeiro: Garamond; 1999. p.165-78.
32. Ausubel D, Novak JD, Hanesian H. Psicologia educacional. Rio de Janeiro: Interamericana; 1980.
33. Bachelard G. A formação do espírito científico: contribuição para uma psicanálise do conhecimento. 9a ed. Rio de Janeiro: Contraponto; 1996.
34. Piaget J. Biologia e conhecimento: ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos. 4a ed. Petrópolis: Vozes; 2003.
35. Tugwell P, Bennett KJ, Sackett DL, Haynes RB. Measurement interative loop: a framework for the critical appraisal of need, benefits and costs of health interventions. J Chron Dis. 1985; 38(4):339-51.
36. Kolb D. Experiential learning. Englewood Cliffs: New Jersey Prentice Hall; 1984.

37. Valente A. Espiral da aprendizagem e as tecnologias da informação e comunicação: repensando conceitos. In: Joly MC, organizador. Tecnologia no ensino: implicações para a aprendizagem. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002. p. 15-37.
38. Schmidt HG. Problem-based learning: rationale and description. *Med Educ.* 1993; 17(1):11-6.
39. Branda LA. El aprendizaje basado en problemas: el resplandor tan brillante de otros tiempos. In: Araújo UF, Satre G, coordenadores. El aprendizaje basado en problemas: una nueva perspectiva de la enseñanza en la universidad. España: Gedisa; 2008. p. 17-46.
40. Venturelli J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington: OPS/OMS; 1997. (Serie Paltex Salud Sociedad 2000, nº 5).
41. Mamede S. Aprendizagem baseada em problemas: características, processo e racionalidade. In: Mamede S, Penaforte J, organizadores. Aprendizagem baseada em problemas; anatomia de uma nova abordagem educacional. Fortaleza: Hucitec; 2001. p. 27-48.
42. Komatsu R, Zanolli MB, Lima VV. Aprendizagem baseada em problemas. In: Marcondes E, Gonçalves EL. Educação Médica. São Paulo: Sarvier; 1998. p. 223-37.
43. Albanese MA, Mitchell S. Problem-based learning: a review of literature on its outcomes and implementation issues. *Acad Med.* 1993; 68(1):52-81.
44. Berkson L. Effectiveness of problem-based curricula: research and theory. *Acad Med.* 1993; 68 Supl:579-88.
45. Vernon DTA, Blake RL. Does problem-based learning work? A meta-analysis of evaluative research. *Acad Med.* 1993; 68(7):550-63.
46. Colliver J. Effectiveness of problem-based learning curricula: research and theory. *Acad Med.* 2000; 75(3):259-66.
47. Norman GR, Schmidt HG. Effectiveness of problem based learning curricula: theory, practice and paper darts. *Med Educ.* 2000; 34(9):721-38.
48. Cyrino EG, Toralles-Pereira ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad Saude Publica.* 2004; 20(3):780-8.
49. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Moraes-Pinto NM, Meireles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Cienc Saude Coletiva.* 2008; 13 Supl 2:2133-44.
50. Berbel NAN. A metodologia da problematização com o Arco de Maguerez: uma reflexão teórico-epistemológica. Londrina: EDUEL; 2012.
51. van der Vleuten CPM, Swanson DB. Assessment of clinical skills with standardized patients: state of the art revisited. *Teach Learn Med.* 1990; 2(2):58-76.
52. Dornan T, Littlewood S, Margolis SA, Scherpbier A, Spencer J, Ypinazar V. How can experience in: clinical and community settings contribute to early medical education? A BEME systematic review. *Med Teach.* 2006; 28(1):3-18.
53. Lima VV, Feuerwerker LCM, Padilha RQ, Gomes R, Hortale VA. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. *Cienc Saude Colet.* 2015; 20(1):279-88.
54. Bruner J. A cultura da educação. Lisboa: Edições 70; 1996.
55. UFSCar. Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina [Internet]. São Carlos; 2007 [acesso 21 Set 2015]. Disponível em: http://www.prograd.ufscar.br/projetoped/projeto_medicina.pdf

56. IEP/HSL. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Gestão da Clínica nas redes de atenção à saúde: caderno do curso [Internet]. São Paulo: Ministério da Saúde/ Instituto Sírio libanês de Ensino e Pesquisa; 2009 [acesso 21 Set 2015]. Disponível em: <http://www.idisa.org.br/img/File/Gestao%2520Clinica%2520Manual%2520HSLMS.pdf>
57. Instituto Embraer de Educação e Pesquisa, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. Programa Pró-bio: caderno do curso. São Paulo: IEP/HSL; 2010.
58. Lima VV, Feliciano AB, Fioroni LN, Sampaio SF. Mestrado profissional em gestão da clínica: uma proposta interdisciplinar. In: Pereira EMA, organizador. Inovações curriculares: experiências no ensino superior com foco na interdisciplinaridade [Internet]. Campinas, SP: Faculdade de Educação, Unicamp; 2014 [acesso 15 Set 2015]. Disponível em: <https://www.fe.unicamp.br/servicos/eventos/2015/ebook-Inovacoes2014.pdf>
59. Padilha RQ. Mestrado profissional: gestão da tecnologia e inovação em Saúde [Internet]. São Paulo: Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde; 2014 [acesso 21 Set 2015]. Disponível em: <http://ensino.hospitalsiriolibanes.com.br/downloads/caderno-mestrado-2014.pdf>
60. Scriven M. The methodology of evaluation. In: Tyler R, Gagne R, Scriven M, organizadores. Perspectives of curriculum evaluation. Chicago: Rand McNally; 1967. p. 39-83.
61. Simon HA, Newell A. Human problem solving: the state of the theory in 1970. *Am Psychol.* 1971; 26(2):145-59.
62. Flavell JH. Metacognition and cognitive monitoring: a new area of cognitive-development inquiry. *Am Psychol.* 1979; 34(10):906-11.
63. Matus C. Política, planejamento & governo. Brasília (DF): IPEA; 1993. (Tomo I).
64. Brown JS, Collins A, Duguid P. Situated cognition and the culture of learning. *Educ Res.* 1989; 18(1):32-42.
65. Wertsch JV, Del Río P, Alvarez A. Estudos socioculturais da mente. Porto Alegre: Artmed; 1998.
66. Snyders G. A Alegria na escola. São Paulo: Manole; 1988.

Lima VV. Espiral constructivista: una metodología activa de enseñanza y aprendizaje. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(61):421-34.

Partiendo de la teoría de la interacción social de la educación y la historia de las prácticas pedagógicas en las sociedades occidentales, el artículo presenta la espiral constructivista como una metodología activa de enseñanza y aprendizaje. Discute los orígenes y el uso de metodologías activas en la educación superior. En la exploración de la espiral constructivista, de acuerdo con los movimientos: "identificación de problemas"; "formulación de explicaciones"; "generación de preguntas"; "construcción de nuevos significados" y "evaluación de los procesos y productos", se ponen de relieve las similitudes y diferencias con otras metodologías activas. Además de los aspectos metodológicos, la intención educativa en el uso de la espiral constructivista se explica por la naturaleza de los materiales desencadenantes de aprendizaje y el sentido transformador de la realidad derivado de la postura crítica y reflexiva en la interacción del "sujeto" y "objeto".

Palabras clave: Metodología. Enseñanza. Aprendizaje activa. Educación superior.

Submetido em 18/04/16. Aprovado em 07/06/16.

Consentir na criopreservação de embriões: percepção de casais usuários de medicina da reprodução

Susana Silva^(a)
Catarina Samorinha^(b)
Bruno Rodrigues Alves^(c)
Cláudia de Freitas^(d)
Helena Machado^(e)

Silva S, Samorinha C, Alves BR, Freitas C, Machado H. Consent on embryo cryopreservation: perception of couples using reproductive medicine. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(61):435-48.

This qualitative study analyzed couples' perceptions about the factors that contextualize informed consent regarding embryo cryopreservation, through 34 semi-structured interviews, in Portugal. Data were analyzed according to the principles of grounded theory. The results revealed the following needs: timely provision of detailed, accurate and intelligible information about the costs of cryopreservation, embryo storage limit and embryo disposition; reinforcement of physical privacy; availability of time to reflect about embryo disposition and disclosure of users' identities. The conditions of administration of the informed consent appear to threaten three of its fundamental elements: information, voluntarism and reflection. The development of professional and ethical guidelines is necessary to ensure the implementation of a consent process characterized by practices of counseling and information adapted to patients' needs and expectations.

Keywords: Informed consent. Cryopreservation. Patient-centered care. Fertilization in vitro. Embryo disposition.

Este estudo qualitativo analisou as percepções de casais quanto aos fatores que contextualizam o consentimento livre e esclarecido na criopreservação de embriões, a partir de 34 entrevistas semiestruturadas, em Portugal. Analisaram-se os dados segundo os princípios da *grounded theory*. Dos resultados emergiram as seguintes necessidades: provisão de informações detalhadas, rigorosas, coerentes e no tempo adequado sobre os custos e duração da criopreservação e o destino dos embriões; reforço da privacidade física; tempo para refletir sobre o destino dos embriões e a divulgação da identidade dos beneficiários. As condições de aplicação do consentimento parecem ameaçar três dos seus elementos fundamentais: informação, voluntarismo e ponderação. Importa desenvolver orientações ético-profissionais que assegurem um consentimento assente em práticas de aconselhamento e prestação de informação adequadas às necessidades e expectativas dos pacientes.

Palavras-chave: Consentimento livre e esclarecido. Criopreservação. Assistência centrada no paciente. Fertilização in vitro. Destinação do embrião.

^(a,b) Instituto de Saúde Pública-Epidemiology Research Unit (ISPUP-EPIUnit), Universidade do Porto, Rua das Taipas, 135. 4050-600. Porto, Portugal. susilva@ispup.up.pt; catarina.samorinha@ispup.up.pt; claudia.defreitas@ispup.up.pt

^(c) Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto. Porto, Portugal. bruno.clix@sapo.pt

^(d) Centro de Investigação e Estudos de Sociologia, Instituto Universitário de Lisboa (ISCTE-IUL), Lisboa, Portugal.

^(e) Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra. Coimbra, Portugal. helenamachado@ces.uc.pt

Introdução

A criopreservação de embriões é, na maioria dos países, acompanhada da assinatura de um consentimento livre e esclarecido por parte de usuários de técnicas de Procriação Medicamente Assistida (PMA)^{1,2}. Em Portugal, existem 23 modelos de consentimento aprovados e revistos pelo Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida; o modelo relativo à criopreservação de embriões³ inclui informações sobre os respectivos benefícios, riscos e limitações, e menciona a duração da criopreservação (três anos) e os destinos dos embriões criopreservados - utilização pelo casal, doação para outros casais inférteis, doação para investigação e destruição⁽⁴⁾.

O consentimento é assinado pelo/a médico/a e pelo casal beneficiário, sendo passível de revogação por qualquer um dos membros do casal. O casal formaliza a decisão quanto ao destino dos *seus* embriões criopreservados e à divulgação da *sua identidade* nas situações legalmente previstas ao escrever "sim" ou "não" à frente das seguintes afirmações: "consentimos no uso dos nossos embriões para doação a outros casais inférteis"; "consentimos no uso dos nossos embriões em projetos de investigação científica"; e "autorizamos que o Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida divulgue as nossas identidades, nos casos excecionalmente previstos no nº 3 do artigo 15.º da Lei nº 32/2006 de 26 de julho", ou seja, quando as pessoas nascidas em consequência da dádiva de embriões solicitem informações que lhes digam respeito para averiguar eventual existência de impedimento legal a projetado casamento.

A decisão sobre o destino dos embriões criopreservados é particularmente desafiadora e difícil⁴⁻⁷, sendo os embriões percecionados pelos casais como objetos médicos ou epistémicos para utilização em investigação e para a prática clínica e, simultaneamente, como objetos ontológicos para fins reprodutivos⁷. A possibilidade de doar embriões pode ser enquadrada numa ética de solidariedade e altruísmo e perspetivada como um contributo para o desenvolvimento científico ou para a saúde e bem-estar de casais inférteis ou da população em geral⁷⁻⁹. No entanto, esta hipótese também pode originar preocupações quanto à proteção e estatuto do embrião criopreservado^{4,10,11}, discordância entre os membros do casal¹² e, ainda, questionar a confiança depositada nos médicos ou investigadores, por escassez de informação e/ou de aconselhamento¹³⁻¹⁵. Neste contexto, há casais que tentam prolongar a criopreservação, adiando a decisão em relação ao destino dos embriões criopreservados^{5,16} enquanto sentem inconstância nas suas preferências^{17,18}.

A obtenção do consentimento pode consubstanciar uma estratégia de humanização, democratização, prestação de contas e transparência de processos e decisões¹⁹, ao favorecer o diálogo entre profissionais de saúde e beneficiários²⁰ e ao proporcionar uma reflexão sobre a criopreservação por parte de todos os atores envolvidos. No entanto, pode também reduzir-se a uma formalidade ou revelar-se uma prática problemática ao transferir responsabilidades complexas para o casal e, ao fazê-lo, os profissionais de saúde procuram, sobretudo, proteger-se legalmente do que informar os pacientes²¹⁻²³. Globalmente, importa que o consentimento seja informado (o que exige a compreensão do respetivo conteúdo e das informações orais e escritas facultadas adicionalmente), voluntário (sem qualquer tipo de pressão ou coação, externa ou interna, na tomada de decisão) e ponderado (precedido de tempo para refletir), elementos especialmente relevantes quando o processo de decisão passa pela procura de consenso entre os elementos do casal^{24,25}.

Assegurar a qualidade das práticas que envolvem a prestação do consentimento para a criopreservação de embriões afigura-se, assim, como

⁽⁴⁾ Em Portugal, não há legislação que defina quantos embriões podem ser transferidos em cada ciclo de tratamento¹.

um elemento central na provisão de cuidados centrados no paciente, ou seja, cuidados respeitadores e responsivos às necessidades, valores e preferências dos casais²⁶. Para esse efeito, importa conhecer as perspetivas dos beneficiários quanto aos fatores organizacionais (por exemplo, provisão de informação, competência, coordenação e integração dos profissionais de saúde, conforto físico e acessibilidade) e humanos (entre outros, atitude e relação com os profissionais de saúde, comunicação, envolvimento dos pacientes, privacidade e suporte emocional) que contextualizam o consentimento^{27,28}. Este conhecimento é relevante considerando a ausência de orientações e de guias de prática clínica, em Portugal, com indicações sobre as circunstâncias em que o consentimento deve ser entregue, explicado e assinado².

No entanto, a escassa literatura sobre as visões dos usuários em torno da criopreservação de embriões tem descurado a análise do consentimento livre e esclarecido, focalizando a atenção nas perceções sobre a segurança dos procedimentos envolvidos na criopreservação e repercussões na viabilidade e qualidade dos embriões e na eficácia dos tratamentos²⁹⁻³², nas opiniões sobre a duração máxima da criopreservação³³, e nos fatores que influenciam o processo de decisão quanto ao destino dos embriões criopreservados⁷.

Neste artigo, a análise das perceções de casais usuários de medicina da reprodução sobre o consentimento livre e esclarecido para a criopreservação de embriões servirá de mote para refletir sobre reconfigurações na prática clínica e respetiva regulação, enquadradas na provisão de cuidados de saúde centrados no paciente.

Material e métodos

O estudo das racionalidades e atribuições de significados ao consentimento livre e esclarecido por parte de usuários e a análise da pluridimensionalidade das suas vivências e visões afiguram-se como problemáticas que não podem ser apreendidas através de metodologias quantitativas. Neste estudo adotou-se uma perspetiva teórico-metodológica de tipo interpretativo e qualitativo e orientada pelo princípio da abdução, segundo a qual os conhecimentos produzidos estão estreitamente associados à realidade empírica.

Entre 17 de agosto de 2011 e 16 de agosto de 2012, todas as mulheres e homens que recorreram a fertilização *in vitro* ou injeção intracitoplasmática de espermatozoides numa unidade pública de Medicina da Reprodução, em Portugal^(*), foram sistemática e consecutivamente convidados a participar num estudo sobre as decisões dos casais em torno da doação de embriões para investigação científica, aprovado pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João, EPE. Esta Unidade só realiza tratamentos com recurso a gâmetas do casal. Aplicou-se um questionário no dia em que realizaram o exame para confirmar uma eventual gravidez, e, nessa altura, solicitou-se autorização para estabelecer um contato posterior, após 3/4 meses, no sentido de serem entrevistados.

Com base nos participantes que aceitaram ser contactados para agendar uma entrevista, constituiu-se uma amostra intencional, considerando a inclusão de casais com diferentes decisões em relação à doação de embriões para investigação científica (aceitação versus recusa) e com estatutos parentais diferenciados (gravidez versus não gravidez). Entre fevereiro e novembro de 2012, convidaram-se 56 casais para participar numa entrevista semiestruturada, 22 dos quais recusaram (13 não mencionaram o motivo, quatro alegaram falta

(*) A fertilização *in vitro* consiste na fertilização dos óvulos numa incubadora e no desenvolvimento dos embriões em meio de cultura laboratorial e posterior transferência para o útero. No caso da injeção intracitoplasmática de espermatozoides, um único espermatozoide é selecionado e injetado diretamente no interior do óvulo. Só podiam ser usuários destas técnicas casais heterossexuais, casados ou a viver juntos há pelo menos dois anos, com mais de 18 anos de idade e portadores de autonomia plena.

de disponibilidade, três referiram obstáculos emocionais, um invocou doença e um casal reportou estar separado). Foram, assim, realizadas 34 entrevistas em casal, conduzidas pela mesma entrevistadora. As características dos entrevistados encontram-se descritas na Tabela 1.

Tabela 1. Características dos casais entrevistados

Entrevista*	Pseudónimos	Idades	Níveis de escolaridade	Doação de embriões para investigação	Gravidez
E1	Mariana e Maurício	28 e 27	Licenciada e 12º ano	Sim	Sim
E2	Andreia e Amaro	36 e 38	Licenciados	Sim	Sim
E3	Sandra e Marco	34 e 40	Bacharel e 12º ano	Sim	Sim
E4	Sónia e Leandro	37 e 41	Bacharel e Licenciado	Sim	Não
E5	Joana e Jorge	38 e 36	Licenciados	Sim	Não
E6	Anabela e António	35 e 43	Mestre e Licenciado	Não	Não
E7	Daniela e Manuel	35 e 38	Licenciados	Sim	Sim
E8	Isabel e Tomás	33 e 33	12º ano e 9º ano	Sim	Sim
E9	Carina e Rui	38 e 39	Licenciada e 12º ano	Sim	Não
E10	Carolina e Miguel	25 e 30	12º ano e 9º ano	Sim	Não
E11	Camila e Augusto	26 e 29	6º ano	Sim	Não
E12	Sara e Fausto	37 e 35	6º ano	Não	Não
E13	Antónia e Adalberto	31 e 36	Licenciada e 12º ano	Sim	Sim
E14	Ana Maria e Roberto	27 e 34	6º ano	Sim	Não
E15	Sílvia e Mariano	40 e 37	9º ano e 12º ano	Sim	Não
E16	Dalila e Jaime	34 e 36	Licenciada e Bacharel	Sim	Não
E17	Aurélia e André	36 e 36	Licenciados	Sim	Não
E18	Maria e Cláudio	33 e 32	9º ano e 6º ano	Sim	Sim
E19	Madalena e Josué	38 e 35	Licenciados	Não	Não
E20	Cátia e Justino	39 e 42	Mestre e Licenciado	Sim	Sim
E21	Manuela e Gustavo	38 e 38	Licenciados	Sim	Não
E22	Rosana e Nicolau	30 e 40	Licenciados	Sim	Sim
E23	Soraia e Horácio	37 e 40	6º ano e 12º ano	Não	Sim
E24	Idalina e Nelson	38 e 35	12º ano	Não	Sim
E25	Ana e Moisés	26 e 33	6º ano	Sim	Não
E26	Ivone e Rogério	34 e 33	Licenciados	Não	Sim
E27	Patrícia e Ernesto	37 e 41	Licenciada e Mestre	Não	Não
E28	Tanya e Denys	38 e 34	12º ano	Não	Sim
E29	Rita e Joel	33 e 33	Licenciados	Sim	Sim
E30	Célia e Américo	35 e 46	12º ano	Sim	Sim
E31	Laurinda e Hernâni	39 e 39	12º ano e Licenciado	Não	Sim
E32	Erica e Daniel	34 e 35	Licenciados	Sim	Não
E33	Mónica e Nilton	36 e 38	Licenciada e Mestre	Sim	Não
E34	Eugénia e Marcos	32 e 34	Licenciada e Mestre	Sim	Não

* Os participantes são descritos na tabela pela ordem de realização das entrevistas; no código alfanumérico atribuído a cada casal, os algarismos correspondem ao número de ordem da entrevista.

Neste artigo, analisam-se as respostas às seguintes questões: Vocês assinaram um consentimento onde declararam a vossa decisão sobre o destino dos embriões. Podem falar-me um pouco desse momento? Como reagiram? O que sentiram? Alguém vos informou ou aconselhou nesse processo? De que forma?

As respostas obtidas foram sistematicamente comparadas, sintetizadas e codificadas por temas e por categorias, de acordo com os princípios da *grounded theory*^{34,35}. Decorrendo de uma perspetiva

construtivista, esta abordagem visa apreender a realidade social por meio dos significados que os indivíduos atribuem aos objetos, às suas ações e interações com os outros e com o mundo, através de um processo indutivo de construção de conhecimento baseado na análise e constante comparação, interpretação e concetualização dos dados recolhidos, onde é fulcral a sensibilidade teórica do pesquisador. A análise de conteúdo e a interpretação dos resultados basearam-se numa abordagem qualitativa³⁶, explorando a provisão de cuidados de saúde centrados no paciente^{27,28} por intermédio da dissecação de um conjunto selecionado de extratos ilustrativos das percepções dos casais entrevistados em torno do consentimento livre e esclarecido na criopreservação de embriões, usando pseudónimos para os identificar. Os dados foram analisados por dois dos autores de forma independente e autónoma e, posteriormente, todas as dúvidas foram resolvidas por discussão conjunta até se obter consenso. Utilizou-se o software NVivo 10 na análise dos dados.

Resultados

Um formalismo (sem) sentido

A percepção de que o consentimento constituiu um instrumento formal, diluído num conjunto de memórias associadas a outras fases do tratamento, foi dominante nas narrativas dos entrevistados. Estes utilizaram, frequentemente, expressões como “papéis”, “papelada”, “folhinha”, “questionário” e “documentos” para se referirem ao consentimento, situando, de forma difusa, a sua assinatura entre “os momentos vários em que lá vamos [ao centro de PMA]” (E34). Anabela, por exemplo, perspetivou o consentimento como “mais um formulário”, enquadrando a sua opinião na falta de informação detalhada sobre o mesmo e no tempo que esperou para ser atendida:

Anabela – “Não houve uma informação detalhada e [...] as pessoas estão ali [...] três horas à espera. [...] Salvo as pessoas que estejam mais sensibilizadas e que até tenham algum conhecimento de causa, [as outras preenchem o consentimento como] mais um formulário.” (E6)

Um dos fatores que, na perspetiva dos entrevistados, contribuiu para a concetualização do consentimento como uma formalidade foi a inadequação do momento em que é assinado. A grande maioria mencionou ter assinado o consentimento “à toa”, “em cima do joelho” ou “à pressa”, após a transferência de embriões, num contexto de relativa sonolência e desgaste – “uma altura em que eu estava ainda [...] meia abananada” (E5) – e onde imperavam outras preocupações, como assegurar a maximização da probabilidade de confirmar uma gravidez. Os relatos seguintes alertam para a necessidade de considerar um eventual estado de dissonância cognitiva e/ou afetiva dos casais na definição do momento adequado para assinar o consentimento sobre a criopreservação de embriões¹⁷, ao evidenciar como o foco no sucesso do tratamento³⁷ não favorece a reflexão nem a decisão autónoma sobre questões que não visem diretamente o alcance da gravidez:

Rita – “Ali foi uma pressão: assinem, leiam, assinem! E uma pessoa está tão focada na gravidez, quer um bebé...” (E29)

Mónica – “Foi uma época um bocadinho complicada para mim, porque eu tinha tanta coisa na cabeça que, realmente, quando [os profissionais de saúde] me diziam para assinar [um documento] eu era quase de cruz.
Nilton - Sim, é verdade!” (E33)

Maurício – “Agora, que as coisas já estão bem encaminhadas [gravidez confirmada], acho que temos outra disponibilidade para pensar sobre o assunto e, com clareza, dizer o que é que queríamos e o que é que gostávamos em função daquilo que sabemos ou que nos informaram.” (E1)

Também a escolha de profissionais não qualificados para aplicar o consentimento sustentou a percepção de que este se reduz a um instrumento formal. De acordo com as situações relatadas pelos entrevistados, tal tarefa coube maioritariamente à rececionista e, muito raramente, a biólogos. A maioria dos casais enquadrou a delegação da entrega do consentimento a um profissional menos qualificado na falta de tempo dos médicos para o fazer, devido ao excesso de trabalho. O recurso a este argumento coexistiu com o reconhecimento da ausência de competências dos profissionais administrativos para proporcionarem informações adicionais e esclarecerem dúvidas específicas sobre o conteúdo do consentimento, como ilustra o diálogo estabelecido entre Nicolau e Rosana.

Nicolau – “A rececionista não foi, de maneira nenhuma, mal-educada nem nada dessas coisas, nem [nos] despachou. [...] Só que ela tem sempre muita coisa que fazer e pode haver certas coisas que...”

Rosana – Há coisas que ela não consegue explicar, não é?” (E22)

Os entrevistados alertaram para a necessidade de contemplar tais competências na definição do perfil adequado dos profissionais responsáveis pela aplicação do consentimento sobre a criopreservação dos embriões, independentemente do grupo profissional que o faça – médicos, enfermeiros, biólogos ou embriologistas.

Experiências em torno da provisão de informação

Os entrevistados salientaram a necessidade de lhes disponibilizarem informações detalhadas e no tempo adequado sobre os seguintes tópicos: 1) quem suporta os custos financeiros da criopreservação e qual o montante; 2) vantagens e desvantagens associadas aos diferentes destinos dos embriões criopreservados, nomeadamente informações adicionais sobre os projetos de investigação que os pretendem utilizar e sobre a eventual ocorrência de nascimentos de embriões doados a outros casais, assim como sobre o destino efetivo dos embriões doados; 3) possibilidade de poder alterar as decisões formalizadas no consentimento. Mariana, por exemplo, preocupou-se em esclarecer o destino efetivo dos embriões após os três anos de criopreservação, indagando a possibilidade de os embriões serem eliminados:

Mariana – “A minha pergunta foi: E passados os dois anos ou três [...] deitam fora? [...] Eles [profissionais de saúde] disseram: Não, [...] se quiser continuar com eles criopreservados é só informar-nos que continuam”. (E1)

A informação oral sobre a oportunidade de prolongar a criopreservação para além do período legalmente previsto, com base na simples solicitação do casal, contraria a seguinte informação escrita no consentimento: “Compreendemos que, de acordo com a legislação em vigor, os embriões serão conservados por um período máximo de três anos e que, decorrido este prazo, se os embriões não tiverem sido por nós utilizados ou não lhes tiver sido dada outra utilização por nós consentida, serão descongelados e eliminados”. Também o relato de Antónia evidencia contradições no esclarecimento de dúvidas acerca dos custos financeiros a suportar pelo casal no âmbito da criopreservação:

Antónia – “Lemos [o consentimento] [...] e perguntamos: “Olhe, ninguém nos informou sobre os custos. Qual é o custo?”. E a senhora [rececionista] também não sabia dizer e foi perguntar ao enfermeiro, que depois acabou por dar a resposta errada. Nós depois tivemos que pagar [...], mas a resposta que nos deram era que não haveria custos. [...] Não sei se foi 20€, se foi 25€ por cada um [embrião] que pagamos. Mas eu depois ainda perguntei: “Mas isso é por ano ou é para os três anos?”. Não me sabiam dizer!” (E13)

Estas situações alertam para a importância de assegurar o rigor e a qualidade das informações prestadas pelos profissionais de saúde, elementos que facilitam a obtenção de consenso entre os elementos do casal e têm sido associados à diminuição dos seus níveis de ansiedade^{12,16,17,38,39}. O investimento no reforço da informação é especialmente relevante num contexto em que a maioria dos entrevistados realçou a confiança depositada em todos os profissionais que os acompanharam, ainda que elessem os médicos e, esporadicamente, os biólogos como os profissionais melhor posicionados para prestar informações no âmbito da criopreservação de embriões – “um médico ou um biólogo; quem esteja dentro [do assunto]” (E27).

A otimização da prestação de um consentimento na criopreservação de embriões passa, na perspetiva dos entrevistados, por um processo bidirecional contínuo e dinâmico que envolve, simultaneamente, os casais e os profissionais de saúde, em particular o/a médico/a responsável pela assinatura do consentimento. O acesso a informação pormenorizada e coerente surgiu frequentemente articulado com a necessidade de promover a disponibilidade, solicitude e sensibilidade dos profissionais de saúde para: explicar conteúdos de natureza técnica e científica; esclarecer dúvidas; e proporcionar aconselhamento no processo de decisão em torno das questões colocadas no consentimento (o destino dos embriões criopreservados e a divulgação da *identidade* dos beneficiários nos casos legalmente previstos). Estes processos ocorrerão, sobretudo, nos casos em que os casais sentem tais necessidades e deverão respeitar a liberdade das escolhas individuais:

Maurício – “Eu, agora que volto atrás, digo que o facto de não ser apoiada a decisão permite total anonimato e liberdade aos decisores, que somos nós, de tomarem a sua decisão.” (E1)

Os entrevistados também salientaram a sua própria responsabilidade na procura ativa de informações, questionando diretamente os profissionais de saúde e/ou utilizando diversas fontes de informação (por exemplo, internet e folhetos disponíveis em diversos centros), existindo casais que se culpabilizaram por não o ter feito:

Mariana – “Se nós tivéssemos mais perguntas para fazer, de certeza que [os profissionais de saúde] nos respondiam.” (E1)

Rita – “Realmente, nós somos uns inconscientes! Devíamos ter pensado nisto [decisão em torno do destino dos embriões criopreservados], devíamos ter falado disto em casa os dois.

Joel – Bom, eu não senti que fôssemos inconscientes. A questão é que teria sido, de facto, melhor.” (E29)

O papel da privacidade física

Nas narrativas dos entrevistados, emergiu a necessidade de reforçar a privacidade física no contexto da assinatura do consentimento, ou seja, o direito do casal a estar sozinho ou num espaço físico com acessibilidade limitada. A maioria dos casais manifestou “incómodo” ou “desconforto” por ter assinado o consentimento na sala de espera, diante de outras pessoas e, muitas vezes, a pé e junto ao balcão de atendimento, local de passagem obrigatória para aceder à porta que dá acesso aos consultórios, gabinetes e salas de exame:

António – “[Assinei o consentimento] Na receção, depois de ter estado quatro horas à espera e já com outras pessoas ali que estavam a ser chamadas, e têm que passar por aquele guiché para entrar. Portanto, sem condições, com poucas, com fracas condições para poder tomar uma decisão.” (E6)

Rita – “Estarmos ali os dois ao balcão a falar [sobre a nossa decisão]... Imagine o que é uma sala cheia de gente: aquela sala é pequenina, uma pessoa tem os bancos, mas está sempre cheia, e estamos ali a assinar! [...] Pois, eu nem me senti bem!” (E29)

Alguns casais referiram ter saído da sala de espera para ler e assinar o consentimento num espaço público imediatamente contíguo, junto aos elevadores, com o objetivo de conquistar alguma reserva e recolhimento enquanto dialogavam sobre as decisões a tomar: “Fomos para junto dos elevadores para falarmos um bocadinho, mas foi uma coisa de dois minutos” (Carina, E9).

Avaliação do tempo para refletir

De acordo com os entrevistados, o tempo proporcionado para refletir sobre o consentimento livre e esclarecido foi escasso, considerando a sensibilidade das questões colocadas sobre o destino dos embriões criopreservados e sobre a divulgação da *identidade* dos beneficiários, assim como as eventuais dificuldades associadas à procura de consenso entre os membros do casal.

Rita – “Não foi uma coisa [assinar o consentimento] muito refletida.

Joel – Sim. Com essa formalidade de termos objetivamente ali aquilo apresentado, falarmos sobre qual é que ia ser a nossa decisão e de pensarmos um bocadinho o que é que queríamos.” (E29)

Horácio – “Eu acho que é um tema muito delicado e não pode ser pensado nem decidido logo na hora. Devíamos ter mais tempo [...] e tirarmos as nossas dúvidas.” (E23)

Alguns entrevistados sugeriram abrir a possibilidade de levar o consentimento para casa antes de o assinarem, maximizando, desta forma, o tempo de reflexão, discussão e eventual aconselhamento. Marco, por exemplo, mencionou não ter sentido dificuldades em assinar o consentimento de imediato, mas reconheceu que outras pessoas poderão necessitar de mais tempo para solidificar o processo de tomada de decisão:

Marco – “[Para nós] Foi fácil [decidir de imediato], mas acho que há pessoas que ficam ali a pensar se estão a tomar uma decisão correta ou não. Se calhar, queriam voltar para casa, aconselhar-se com alguém. [...] Aí as decisões seriam mais sólidas, mais seguras.” (E3)

De facto, a maioria dos entrevistados recordou a “surpresa” que sentiu perante a solicitação da assinatura do consentimento – “foi uma surpresa, porque nunca achei que fosse ali naquela hora, sem apoio, sem mais explicações. Por isso é que, entretanto, acho que já mudei de ideias” (E32). As suas narrativas expressam, frequentemente, a necessidade de dispor de mais tempo para refletir, o que possibilitaria uma melhor gestão das emoções e mais certeza e segurança nas decisões a tomar:

Daniela – “Mas quando se começa a ler [o consentimento]...

Manuel – Assusta!

Daniela – Assusta, assusta! [...] É a decisão sobre aquilo que pode ser, na minha conceção, um ser humano.” (E7)

Américo – “Fui eu que preenchi o papel [consentimento] e assinalei sim nos dois casos [doação para outros casais e doação para investigação científica]. Mas depois, quando dei [à companheira] para assinar, ela leu melhor [...] e começou a chorar. [...] E depois foi pedir o papel novamente [à secretária] para alterar a decisão para [não doar a outros] casais.” (E30)

Leandro – “Eu realmente não pensei muito naquele momento. [...]

Sónia – Eu já tinha posto a cruz e ele só assinou. [...]

Leandro – Concordei [com a decisão dela]. Fui um bocado empurrado a concordar, mas concordei.” [E4]

Discussão

No discurso dos entrevistados prevaleceu a percepção do consentimento como um formalismo, diluído em memórias associadas a outras fases do tratamento. Destacou-se a inadequação do momento em que o consentimento é assinado (após a transferência de embriões, quando imperavam outras preocupações associadas ao sucesso do tratamento) e a escolha de profissionais não qualificados para o entregar. Os casais realçaram a necessidade de investir nos seguintes aspetos: provisão de informações detalhadas, rigorosas, coerentes, e no tempo adequado, sobre os custos e a duração máxima da criopreservação e os destinos dos embriões criopreservados; reforço da privacidade física; e dispor de tempo para refletir sobre as suas decisões quanto ao destino dos embriões criopreservados e à divulgação da identidade do casal. Estas condições parecem ameaçar elementos fundamentais do consentimento – informação, voluntarismo e ponderação, convidando a refletir sobre três dimensões centrais na provisão de cuidados de saúde centrados no paciente, com implicações para a prática clínica e para a regulação.

Primeiro, este estudo salienta a necessidade de se investir no desenvolvimento de orientações que regulem o momento da entrega e da assinatura do consentimento, assim como o perfil dos profissionais de saúde com competência e qualificações para acompanhar os casais nessas situações. Ainda que alguns países prevejam a assinatura do consentimento antes do primeiro tratamento⁴⁰, durante o tratamento⁴¹ ou após a conclusão do tratamento⁴², não existe standardização deste procedimento entre países, e a legislação é omissa a este respeito em Portugal. Na definição desses momentos, importa considerar as trajetórias reprodutivas dos casais e proporcionar-lhes tempo para refletirem sobre as decisões a tomar. Estudos prévios mostram que o nascimento de um filho pode estar associado a uma mudança na decisão em relação ao destino dos embriões criopreservados⁴³, tendo em conta que a perspetiva dos casais sobre o simbolismo atribuído ao embrião criopreservado muda, tornando-se este uma “criança virtual”¹⁶, com a qual estabelecem diversas “relações ontológicas de índole moral, afetiva e social”⁴⁴. Neste sentido, o pedido do consentimento numa altura em que, para os casais, ainda não é evidente se os seus embriões serão “excedentários”, pode pôr em causa a tomada de decisão consciente e a qualidade do consentimento livre e esclarecido⁴⁵.

Os resultados obtidos evidenciam, ainda, a necessidade de providenciar atempadamente informações precisas e detalhadas sobre a duração máxima da criopreservação de embriões e os custos financeiros envolvidos nesse procedimento³³ e sobre os destinos efetivos dos embriões criopreservados. Importa clarificar, em especial, os objetivos dos projetos de investigação que pretendem usar os embriões⁹, como recomendado pela American Society for Reproductive Medicine⁴², num contexto em que a falta de informação é um dos aspetos apontados pelos pacientes como tendo tido mais influência na sua decisão^{14,17,38,46}. Além disso, a informação sobre as circunstâncias em que pode ocorrer o descongelamento e a destruição dos embriões, bem como sobre os moldes em que os casais podem alterar as decisões formalizadas no consentimento, constitui um direito fundamental dos pacientes⁴⁷. Importa assegurar a coerência, rigor e qualidade das informações prestadas pelos profissionais de saúde e treinar as respetivas competências comunicacionais para esclarecer dúvidas e aconselhar os casais que manifestem tais necessidades, potenciando uma comunicação efetiva entre médicos e pacientes²⁶ e a prestação de cuidados centrados no paciente.

Este estudo mostra, por último, a importância de se reforçar a privacidade física no âmbito da assinatura do consentimento. A existência de espaços físicos confortáveis e com acesso limitado é fundamental, para que cada casal possa expressar as suas sensações e as respetivas decisões de forma autónoma e privada.

A prática de um consentimento livre e esclarecido que potencie a provisão de cuidados de saúde centrados no paciente requer que os vários aspetos que contextualizam este procedimento sejam atendidos. Considerando que a comunicação é particularmente difícil em situações que podem causar *distress*, moral e emocional^{12,14,16,48}, e que a tomada de decisão dos casais no contexto do consentimento na criopreservação de embriões é fortemente influenciada pelo aconselhamento⁴⁹, importa disponibilizar o apoio de profissionais qualificados e devidamente treinados⁵⁰ e, também, de grupos de pares⁵¹ para minimizar a ocorrência de conflitos decisórios. Os profissionais são

responsáveis por explicar conteúdos baseados na evidência e devem respeitar a liberdade de decisão dos casais⁵², convidando-os a expressarem as suas preferências e necessidades⁵². Já o apoio dos pares contribui para atenuar sentimentos de isolamento e estigmatização, e potencia o acesso a informações enraizadas em experiências comuns⁴⁹.

Constituindo um importante contributo para a reflexão sobre reconfigurações na prática clínica e regulação em torno do consentimento livre e esclarecido para a criopreservação de embriões, importa ter em conta que estes resultados são válidos no contexto em que foram recolhidos, devendo ser analisados como um estudo de caso que procurou compreender e explorar a perspectiva de casais usuários de medicina da reprodução sobre este tema.

Colaboradores

Susana Silva e Helena Machado desenharam o estudo e analisaram e interpretaram os dados. Susana Silva redigiu a primeira versão do artigo. Catarina Samorinha, Bruno Rodrigues Alves e Cláudia de Freitas colaboraram na análise e interpretação dos dados e reviram criticamente o artigo. Todos os autores participaram ativamente da discussão dos resultados, reviram e aprovaram a versão final a ser publicada, responsabilizando-se por todos os aspetos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra.

Financiamento

Esta pesquisa foi financiada por Fundos FEDER através do Programa Operacional Fatores de Competitividade - COMPETE e Fundos Nacionais através da FCT - Fundação para a Ciência e a Tecnologia, no âmbito do projeto FCOMP-01-0124-FEDER-014453 (Ref. PTDC/CS-ECS/110220/2009), das bolsas Investigador FCT IF/00829/2013 e IF/00956/2013, de uma bolsa de pós-doutoramento (SFRH/BPD/80530/2011) e de uma bolsa de doutoramento (SFRH/BD/75807/2011), cofinanciadas pelo Programa Operacional Potencial Humano (POPH).

Referências

1. Ory SJ, Devroey P, Banker M, Brinsden P, Buster J, Fiadjoe M, et al. International Federation of Fertility Societies Surveillance 2013 [Internet]. [citado 26 Ago 2015]. Disponível em: https://c.ymcdn.com/sites/iffs.site-ym.com/resource/resmgr/iffs_surveillance_09-19-13.pdf.
2. Leite TH, Henriques RAH. Bioética em reprodução humana assistida: influência dos fatores sócio-econômico-culturais sobre a formulação das legislações e guias de referência no Brasil e em outras nações. *Physis*. 2014; 24(1):31-47.

3. Conselho Nacional de Procriação Medicamente Assistida. Criopreservação de embriões: consentimento informado [Internet]. [citado 26 Ago 2015]. Disponível em: http://www.cnpma.org.pt/Docs/Profissionais_CI_CrioEmbrioes.pdf.
4. Fasouliotis SJ, Schenker JG. Cryopreservation of embryos: medical, ethical, and legal issues. *J Assist Reprod Genet.* 1996; 13(10):756-61.
5. Lyerly AD, Nakagawa S, Kuppermann M. Decisional conflict and the disposition of frozen embryos: implications for informed consent. *Hum Reprod.* 2011; 26(3):646-54.
6. Provoost V, Pennings G, De Sutter P, Dhont M. "Something of the two of us". The emotionally loaded embryo disposition decision making of patients who view their embryo as a symbol of their relationship. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2012; 33(2):45-52.
7. Samorinha C, Pereira M, Machado H, Figueiredo B, Silva S. Factors associated with the donation and non-donation of embryos for research: a systematic review. *Hum Reprod Update.* 2014; 20(5):641-55.
8. Ashrafi M, Jahangiri N, Hassani F, Akhoond MR, Madani T. The factors affecting the outcome of frozen-thawed embryo transfer cycle. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2011; 50(2):159-64.
9. Silva S, Machado H, Samorinha C, Sousa S. Expectativas sobre a investigação científica em embriões: decisores políticos e casais em procriação medicamente assistida. *Indagatio Didactica.* 2013; 5(2):601-13.
10. Haimes E, Porz R, Scully J, Rehmann-Sutter C. 'So, what is an embryo?' A comparative study of the views of those asked to donate embryos for hESC research in the UK and Switzerland. *New Genet Soc.* 2008; 27(2):113-26.
11. Schuster TG, Hickner-Cruz K, Ohl DA, Goldman E, Smith GD. Legal considerations for cryopreservation of sperm and embryos. *Fertil Steril.* 2003; 80(1):61-6.
12. Hammarberg K, Tinney L. Deciding the fate of supernumerary frozen embryos: a survey of couples' decisions and the factors influencing their choice. *Fertil Steril.* 2006; 86(1):86-91.
13. Alves BR, Machado H, Silva S. Reflexões sobre a investigação em embriões de origem humana: o debate nas organizações de ética portuguesas. *Hist Cienc Saude Manguinhos.* 2013; 20(1):1137-51.
14. Fuscaldo G, Russell S, Gillam L. How to facilitate decisions about surplus embryos: patients' views. *Hum Reprod.* 2007; 22(12):3129-38.
15. Lyerly A, Brelsford E, Bankowski B, Faden R, Wallach E. A qualitative study of individuals' attitudes regarding their cryopreserved embryos. *Int Congr Ser.* 2004; 1271:353-6.
16. de Lacey S. Parent identity and 'virtual' children: why patients discard rather than donate unused embryos. *Hum Reprod.* 2005; 20(6):1661-9.

17. Lyerly AD, Steinhauser K, Namey E, Tulsy JA, Cook-Deegan R, Sugarman J, et al. Factors that affect infertility patients' decisions about disposition of frozen embryos. *Fertil Steril*. 2006; 85(6):1623-30.
18. Newton CR, Fisher J, Feyles V, Tekpetey F, Hughes L, Isacson D. Changes in patient preferences in the disposal of cryopreserved embryos. *Hum Reprod*. 2007; 22(12):3124-8.
19. O'Neill O. Accountability, trust and informed consent in medical practice and research. *Clin Med*. 2004; 4(3):269-76.
20. World Health Organization. People-centred health care. A policy framework. Geneva: WHO; 2007.
21. Menegon VM. Consentindo ambiguidades: uma análise documental dos termos de consentimento informado, utilizados em clínicas de reprodução humana assistida. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(3):845-54.
22. Silva S. Consentir incertezas: o consentimento informado e a (des)regulação das tecnologias de reprodução assistida. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(3):525-34.
23. Silva S. Procriação Medicamente Assistida: práticas e desafios. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais; 2014.
24. Consumers Health Forum of Australia. Informed Consent in Healthcare: An Issues Paper. 2013:1-14.
25. Entidade Reguladora da Saúde (PT). Consentimento Informado - relatório final. Porto; 2009.
26. Institute of Medicine. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington DC: National Academy Press; 2001.
27. Dancet EA, D'Hooghe TM, Sermeus W, van Empel I, Strohmer H, Wyns C, et al. Patients from across Europe have similar views on patient-centred care: an international multilingual qualitative study in infertility care. *Hum Reprod*. 2012; 27(6):1702-11.
28. Mourad SM, Nelen WL, Akkermans RP, Vollebergh JH, Groel RP, Hermens RP, et al. Determinants of patients' experiences and satisfaction with fertility care. *Fertil Steril*. 2010; 94(4):1254-60.
29. Bankowski BJ, Lyerly AD, Faden RR, Wallach EE. The social implications of embryo cryopreservation. *Fertil Steril*. 2005; 84(4):823-32.
30. de Lacey S. Decisions for the fate of frozen embryos: fresh insights into patients' thinking and their rationales for donating or discarding embryos. *Hum Reprod*. 2007; 22(6):1751-8.
31. Provoost V, Pennings G, De Sutter P, Gerris J, Van de Velde A, De Lissnyder E, et al. Infertility patients' beliefs about their embryos and their disposition preferences. *Hum Reprod*. 2009; 24(4):896-905.

32. Provoost V, Pennings G, De Sutter P, Gerris J, Van de Velde A, Dhont M. Patients' conceptualization of cryopreserved embryos used in their fertility treatment. *Hum Reprod.* 2010; 25(3):705-13.
33. Pereira M, Samorinha C, Alves E, Machado H, Amorim M, Silva S. Patients' views on the embryo storage time limits. *Reprod Biomed Online.* 2015; 31(2):232-8.
34. Charmaz K. *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis.* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 2006.
35. Clarke A. *Situational analysis: grounded theory after the postmodern turn.* San Francisco: Sage Publications; 2005.
36. Mayring P. Qualitative content analysis. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I, editores. *A companion to qualitative research.* London: Sage Publications; 2004. p. 266-9.
37. Kato M, Sleeboom-Faulkner M. Meanings of the embryo in Japan: narratives of IVF experience and embryo ownership. *Sociol Health Illn.* 2011; 33(3):434-47.
38. McMahon CA, Gibson FL, Leslie GI, Saunders DM, Porter KA, Tennant CC. Embryo donation for medical research: attitudes and concerns of potential donors. *Hum Reprod.* 2003; 18(4):871-7.
39. Zweifel J, Christianson M, Jaeger AS, Olive D, Lindheim SR. Needs assessment for those donating to stem cell research. *Fertil Steril.* 2007; 88(3):560-4.
40. Pennings G. Decision-making authority of patients and fertility specialists in Belgian law. *Reprod Biomed Online.* 2007; 15(1):19-23.
41. Bjuresten K, Hovatta O. Donation of embryos for stem cell research-how many couples consent? *Hum Reprod.* 2003; 18(6):1353-5.
42. Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Informed consent and the use of gametes and embryos for research: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2014; 101(2):332-5.
43. Bangsbo S, Pinborg A, Yding AC, Nyboe AA. Patients' attitudes towards donation of surplus cryopreserved embryos for treatment or research. *Hum Reprod.* 2004; 19(10):2415-9.
44. Silva S, Machado H. Legal, medical and lay understanding of embryos in Portugal: alignment with biology? *Interface (Botucatu).* 2009; 13(30):31-43.
45. Scott R, Williams C, Ehrich K, Farsides B. Donation of 'spare' fresh or frozen embryos to research: who decides that an embryo is 'spare' and how can we enhance the quality and protect the validity of consent? *Med Law Rev.* 2012; 20(3):255-303.
46. Silvestre M. *Embriões excedentários – entre a técnica, a lei e a ética.* Coimbra: Coimbra Editora; 2015.

47. Nelson E. Consent to embryo donation for human embryonic stem cell research. *Health Law Rev.* 2008; 16(2):5-26.
48. Lanzendorf S, Ratts V, Keller S, Odem R. Disposition of cryopreserved embryos by infertility patients desiring to discontinue storage. *Fertil Steril.* 2010; 93(2):486-9.
49. Shehab D, Duff J, Pasch LA, Dougall KM, Scheib JE, Nachtigall RD. How parents whose children have been conceived with donor gametes make their disclosure decision: contexts, influences, and couple dynamics. *Fertil Steril.* 2008; 89(1):179-87.
50. Doyal L. Informed consent: moral necessity or illusion? *Qual Health Care.* 2001; 10 Suppl 1:i29-33.
51. Soini S. The interface between assisted reproductive technologies and genetics: technical, social, ethical and legal issues. *Eur J Hum Genet.* 2006; 14(5):588-645.
52. Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ.* 1999; 319(7212):780-2.

Silva S, Samorinha C, Alves BR, Freitas C, Machado H. Consentir en la crio-preservación de embriones: percepción de parejas usuarias de medicina de la reproducción. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(61):435-48.

Este estudio cualitativo analizó las percepciones de parejas en lo que se refiere a los factores que contextualizan el consentimiento libre e informado en la crio-preservación de embriones, a partir de 34 entrevistas semi-estructuradas realizadas en Portugal. Se analizaron los datos según los principios de la grounded theory. De los resultados surgieron las necesidades siguientes: provisión de informaciones detalladas, rigurosas, coherentes y en el tiempo adecuado sobre los costos y duración de la crio-preservación y el destino de los embriones; refuerzo de la privacidad física, tiempo para reflexionar sobre el destino de los embriones y la divulgación de la identidad de los beneficiarios. Las condiciones de aplicación del consentimiento parecen amenazar tres de sus elementos fundamentales: información, voluntarismo y ponderación. Es importante desarrollar orientaciones ético-profesionales que aseguren un consentimiento pleno en prácticas de asesoramiento y prestación de informaciones adecuadas a las necesidades y expectativas de los pacientes.

Palabras clave: Consentimiento libre e informado. Crio-preservación. Asistencia centrada en el paciente. Fertilización in vitro. Destino del embrión.

Submetido em 23/11/15. Aprovado em 24/06/16.

Regionalização dos conteúdos de um curso de especialização em Saúde da Família, a distância:

experiência da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

(UNA-SUS/UFCSPA) em Porto Alegre, Brasil

Alessandra Dahmer^(a)
Fernando Freitas Portella^(b)
Rodrigo Alves Tubelo^(c)

Luciana Bisio Mattos^(d)
Marta Quintanilha Gomes^(e)
Márcia Rosa da Costa^(f)
Maria Eugênia Bresolin Pinto^(g)

Introdução

Este texto aborda a experiência desenvolvida pela equipe da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UNA-SUS/UFCSPA) no processo de formação de profissionais de saúde no âmbito do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) e do Programa Mais Médicos (PMM). Apresenta o processo de adequação dos conteúdos, realizado na ocasião da expansão da oferta do Curso de Especialização em Saúde da Família (EspSF), atendendo às especificidades em termos de saúde e contexto sociocultural de diferentes regiões do país. Este artigo apresenta o contexto de realização do trabalho, as estratégias utilizadas na pesquisa e adequação dos conteúdos, bem como as repercussões na formação dos alunos.

O artigo situa a demanda pela formação de profissionais da saúde no Brasil colocada com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais especificamente, relata a formação de médicos participantes do PROVAB e PMM como uma estratégia para provimento de profissionais nas unidades de saúde espalhadas pelo extenso território brasileiro. Além disso, posiciona-se pedagogicamente (em relação ao processo de contextualização e adequação de conteúdos) às características específicas de determinada região geográfica em programas de formação a distância que ocorram em grandes extensões territoriais, apresentando os argumentos e as estratégias utilizadas ao que estamos denominando de 'regionalização dos conteúdos'. Esse processo de pesquisa e produção de novos materiais educacionais digitais é apresentado assinalando os aspectos considerados no processo e expondo os resultados produzidos tanto por meio do material construído como dos retornos dos alunos concluintes.

Contextualização

Com a Constituição Federal de 1988¹ e a criação do SUS em 1990² no Brasil, novas demandas em termos de organização da saúde surgem no país. Essa nova disposição do trabalho em saúde decorre de orientações que extrapolam o

(a,b,c,d,e,f,g) Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Rua Sarmento Leite 245, anexo II, sala 722. Porto Alegre, RS, Brasil. 90050-170. adahmer@gmail.com; portellaff@yahoo.br; tubelo@gmail.com; lubisiomattos@yahoo.com.br; martaqg@uol.com.br; marciarc.ufcspa@gmail.com; meugeniap2@gmail.com

território nacional, sendo baseadas em definições da Organização Mundial da Saúde (OMS) registradas na Carta de Ottawa (1986)³, na qual foram definidas perspectivas de trabalho que visem à promoção da saúde e do autocuidado. Esse documento apresenta como princípios: elaborar e implementar políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis à saúde, reforçar ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais e reorientar o sistema de saúde.

A partir dessa legislação são elaboradas políticas^{4,5} indutoras de ações que tenham como objetivo o fortalecimento do trabalho na Atenção Primária, nas quais uma das necessidades postas é a educação permanente dos profissionais que atuam no SUS. É nesse contexto que é criada a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) pelo Ministério da Saúde em 2008. Trata-se de um Sistema que vem para atender necessidades relacionadas à educação permanente dos profissionais. Considerando a grandeza territorial do país, é feita a opção pela realização dos cursos na modalidade a distância (EAD) garantindo que esses tenham enfoque prático e dinâmico.

A Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) passa a compor a Rede UNA-SUS a partir de 2009. A UNA-SUS/UFCSPA dá início a oferta do seu curso de Especialização em Saúde da Família para turmas formadas exclusivamente por profissionais do Rio Grande do Sul em 2011⁶. No mesmo ano, ampliando a oferta para uma turma no Paraná e, em 2012, para turmas do Pará e Sergipe, sendo essas turmas formadas por profissionais do PROVAB.

Havia uma necessidade a ser enfrentada no que diz respeito à distribuição desigual de médicos nas regiões mais distantes dos grandes centros urbanos, onde a razão médico-habitante era baixa, segundo dados do Ministério da Saúde⁷. Nesse contexto, é instituído o Programa Mais Médicos⁵, que tem entre seus objetivos “diminuir a carência de médicos nas regiões prioritárias para o SUS, a fim de reduzir as desigualdades regionais na área da saúde”. Na redistribuição de médicos pelo PMM, é prevista a educação permanente dos profissionais por meio da Rede UNA-SUS, que apoia o Programa Mais Médicos, promovendo o Curso de Especialização em Saúde da Família.

Na proposta de expansão do curso para outras regiões do país, a equipe da UFCSPA escolheu como novos lugares de atuação estados do país pertencentes a outras regiões, havendo o reconhecimento da necessidade de adaptação dos conteúdos. Nesta adaptação, considerou-se, principalmente, a prevalência das doenças nos contextos regionais, promovendo um processo de estudo, pesquisa, produção e implantação de novos casos, buscando garantir a regionalização dos conteúdos na formação em serviço. Assim, quando o projeto de EspSF foi expandido novamente em 2015, passando a abranger os estados do Acre, Amapá, Amazonas e Roraima, já contemplava as características da região norte.

A regionalização a partir da pesquisa de conteúdos e produção de materiais

A EspSF oferecida pela UFCSPA/UNA-SUS está organizada em dois eixos temáticos^{6,8}. O primeiro eixo é o de ‘Campo de Saúde Coletiva’ e o segundo é o de ‘Núcleo Profissional’. O eixo do Núcleo Profissional (conteúdos voltados à prática clínica) desenvolve seus conteúdos por meio de casos complexos, os quais são ambientados em cidades fictícias virtuais, representando o cotidiano desses profissionais e possibilitando o estabelecimento de relações com suas experiências pessoais, e do seu território de atuação, para propiciar reflexões e avanços na melhoria das ações e atendimentos^{6,8}. As cidades foram criadas considerando características regionais, para assim contextualizar a aprendizagem dos alunos, inicialmente com a cidade de Santa Fé (região sul) e, posteriormente, por ocasião da expansão do curso, com as cidades de São Luiz Gonzaga (região nordeste) e Muiraquitã (região norte)^{9,10}.

É nesse contexto que surge a demanda pela regionalização dos conteúdos para compor os materiais educacionais digitais (MED), já que os casos complexos produzidos até então contemplavam conteúdos de saúde prevalentes na região sul do Brasil. A partir de 2012, o curso de EspSF da UNA-SUS/UFCSPA passou a ser ofertado para os estados do Pará e Sergipe, localizados nas regiões norte e nordeste, respectivamente. Percebeu-se, então, que seria necessário considerar outros conteúdos levando em conta a prevalência das doenças, das diversidades, dos diferentes saberes e das culturas singulares dos grupos sociais de cada região na abordagem dos conteúdos. A intenção foi considerar

os alunos como sujeitos situados em um espaço e tempo próprio e valorizar seus contextos de atuação, produzindo casos complexos que observassem as prevalências em saúde das diferentes regiões do país em que o curso vem sendo desenvolvido. Neste país, que necessita de formação em larga escala, um processo de contextualização regional, que considera agravos de saúde mais prevalentes em determinada região de atuação do profissional da área da saúde bem como as características socioculturais da população atendida, pode tornar a aprendizagem mais significativa.

O objetivo deste estudo é descrever o processo de criação de conteúdos clínicos do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela UNA-SUS/UFCSPA, de acordo com as características epidemiológicas e culturais de duas novas regiões onde o curso é ofertado.

Metodologia do trabalho visando à regionalização dos conteúdos

O processo de estudos partiu da análise e mapeamento dos conteúdos dos trinta casos complexos utilizados no curso elaborado inicialmente e oferecido para os profissionais da região sul. Optou-se por substituir seis casos, com conteúdos de doenças de alta prevalência apenas na região sul e, dessa forma sem prejuízo de abordagem de conteúdos tidos como adequados a qualquer região do país, por casos que contemplassem questões de saúde de maior prevalência nas regiões norte e nordeste. Houve, então, uma seleção dos casos que seriam substituídos para as regiões nordeste e norte, que apresentassem questões de saúde de baixa prevalência nestas regiões, dessa forma os temas clínicos novos seriam mais pertinentes aos distintos alunos. Assim, os casos clínicos entravam para a pauta da produção dos MEDs a serem desenvolvidos já focando na regionalização. Nesse sentido, por exemplo, um caso que abordava doenças respiratórias, como a asma, e também orientações sobre calendário de vacinação foi selecionado para ser substituído nas novas regiões, já que a asma tem baixa prevalência nas regiões norte e nordeste. No entanto, abordar orientações sobre calendário de vacinação é um conteúdo necessário a qualquer região, dessa maneira ele foi mantido nos casos novos, sendo acrescentadas novas patologias prevalentes para o caso desenvolvido em Muiraquitã (norte) e outras para o caso em São Luis Gonzaga (nordeste).

A partir desse mapeamento e da análise de estudos sobre prevalência de doenças nas demais regiões^{11,12}, foram promovidas três visitas de uma equipe de oito pessoas constituída por uma das coordenadoras do curso, uma pedagoga, um médico, uma enfermeira, um dentista, um profissional da área da literatura, um profissional da coordenação de produção e um profissional da produção de MEDs, abordando especificamente a definição dos temas de maior prevalência em saúde nos estados de Sergipe e Pará que deveriam ser tratados nos novos casos. Além disso, houve a preocupação com as características culturais e sociodemográficas, tornando-se importante conhecer as formas de manifestação da cultura e da literatura das diferentes regiões, assim como as características sociais das comunidades locais. Foram realizadas oficinas de produção de MEDs, que tiveram como atividades: apresentação das cidades fictícias virtuais, análise de prevalência dos agravos de saúde regionais, discussão e definição dos temas problemáticos de cada região e esboço de criação das histórias para a produção de casos complexos. Nesse sentido, destacamos que durante a produção dos MEDs para os casos complexos, a equipe, com sede em Porto Alegre, na região sul, manteve um consultor (profissional de apoio) em cada uma das outras duas regiões (norte e nordeste) para realizar as interações e intervenções necessárias, garantindo que aspectos regionais fossem contemplados e inseridos nos materiais. Ressalta-se, que além dos conteúdos específicos de saúde, as questões culturais próprias de cada região assumem papel importante na produção de situações-problema, de personagens e de comunidades que traduzem a regionalização da abordagem.

Durante o processo de produção, surgiram necessidades importantes de serem observadas no trabalho, como a aproximação com as estéticas próprias dos locais e o cuidado com a abordagem linguística do material. Nos aspectos estéticos e literários considerados no desenvolvimento do material, citamos a utilização do formato de cordel na produção dos casos para a região nordeste, bem como a elaboração de materiais com motivos tropicais para a região norte. Já na questão linguística, foi preciso verificar a incidência de expressões regionalizadas próprias do sul, como 'barbaridade', que

nas demais regiões de oferta do curso não teriam sentido, e incluir expressões do norte e nordeste nos casos produzidos para as respectivas regiões. Também foram realizadas pesquisas de nomes para 'batizar' as duas novas cidades, as Unidades de Saúde e as demais instituições pertencentes a elas, assim como para os personagens virtuais, enfim, aspectos considerados relevantes no processo de contextualização de cada região.

Resultados alcançados e caracterização dos aspectos envolvidos no processo de regionalização

Ao final do processo de construção dos casos, o curso de EspSF incorporou os casos novos passando a apresentar 18 casos com regionalização de conteúdos e 24 casos com abordagens comuns a todas as regiões, embora mantivessem a sua estrutura principal baseada na região sul de forma menos marcada. O aluno deve acessar obrigatoriamente os 25 casos definidos no curso para a sua região, sendo apresentados mais cinco casos complementares e opcionais para os alunos. Dentre os 25 casos obrigatórios, seis deles são personalizados de acordo com a região (sul, norte e nordeste). Ao todo, 42 casos foram produzidos ou revisados, sendo eles identificados com nome do usuário-paciente ou da família fictícios, cada um requerendo um tempo estimado de seis horas de estudo. Os alunos têm acesso ao material de todos os 42 casos clínicos.

As doenças que foram incluídas no escopo dos novos casos complexos, devido à demanda por uma maior formação dos profissionais para lidar com tais acometimentos, como, por exemplo, a 'esquistossomose' e 'leishmaniose', bastante prevalentes no estado de Sergipe, e da Malária na região Amazônica, encontram-se listadas no Quadro 1. Os conteúdos de cada caso estão descritos no Quadro 1, numerados na mesma sequência em que são trabalhados no curso.

Quadro 1. Casos clínicos complexos do curso de EspSF da UNA-SUS/UFCSPA.

Identificação do caso clínico* e conteúdos abordados	
Casos clínicos de abordagem comum a todos os estados	Casos clínicos regionalizados
<p>1. Vera Diabetes Mellitus Tipo 2; Medicina Baseada em Evidências; Risco Cardiovascular; Dislipidemia.</p> <p>2. Maria do Socorro Aborto; AIDS/HIV (abordagem na Atenção Primária em Saúde e Pré-Natal); Transmissão vertical.</p> <p>3. Marcela Doença Hipertensiva Específica da Gravidez; Pré-Natal Baixo Risco; Puerpério.</p> <p>5. Sheyla Hipotireoidismo; Fibromialgia; Depressão e Avaliação de risco de suicídio.</p>	<p>4. Antônia (RS) Manejo do broncoespasmo na APS; Cistite; Rinite; Constipação; Ninho vazio.</p> <p>4. Vila Caju (SE) Esquistossomose; Leishmaniose; Constipação.</p> <p>4. Araraué (PA) Malária; Dengue; Tuberculose.</p>

continua

Quadro 1. continuação

Identificação do caso clínico [†] e conteúdos abordados	
Casos clínicos de abordagem comum a todos os estados	Casos clínicos regionalizados
<p>6. Priscila[#] Método Anticoncepcional (ACO); Dor abdominal (diagnóstico diferencial); Diarréia; Ansiedade (abordagem); Stress profissional.</p> <p>7. Danrley Imunizações; Puericultura; Alimentação criança menor de 2 anos; Luto normal e patológico. Hipertensão arterial sistêmica; Doenças sexualmente transmissíveis (corrimentos uretrais e úlceras genitais); Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.</p> <p>8. Homero Corrimento vaginal; Depressão pós-parto; Amigdalite; Acuidade visual.</p> <p>11. Samuel Diabetes Mellitus Tipo 2; Disfunção erétil; Obesidade; Artrose e exame Físico Joelho.</p> <p>12. Família Lima[#] Cefaléia; Epilepsia e manejo convulsões na APS; Exame neurológico na APS.</p> <p>13. Carlos Exame físico ortopédico (exceto joelho); Dor lombar; Saúde do trabalhador.</p> <p>15. Linha dos Imigrantes Imunizações adulto; AIDS/HIV (pré e pós-teste); Principais problemas de ombro; Erisipela e celulite; Impetigo.</p> <p>17. Inês e Daiane Parasitoses; Anemia na infância; Zoodermatoses.</p> <p>18. Maria[#] Cardiopatia Isquêmica; Vertigem; Osteoartrite.</p>	<p>10. Marcos (RS) Trauma em APS (Pré-Hospital Trauma Life Support).</p> <p>10. Adelson (SE) Uso de drogas ilícitas; Trauma em APS.</p> <p>10. Dona Cláudia (PA) Uso de drogas ilícitas; Ansiedade; Transtorno do sono.</p> <p>14. Guilherme (RS) Procedimentos cirúrgicos ambulatoriais.</p> <p>14. Waldir (SE) Dengue; Tuberculose; Leptospirose; Hanseníase; Rinite.</p> <p>14. Quilombola (PA) Picada de animais peçonhentos; Leishmaniose; Anemia falciforme.</p> <p>16. Oscar (RS) Ansiedade (tratamento); Abuso de benzodiazepínicos; Insuficiência cardíaca congestiva descompensada - manejo de edema agudo de pulmão; Transtornos do sono.</p> <p>16. Josefa (SE) Anemia falciforme; Sífilis congênita; Cistite.</p> <p>16. Família Silva (PA) Gravidez na adolescência; Hipertensão arterial na gravidez (enfoque médico); Chagas; Desmame com açaí e passos para uma alimentação saudável.</p>

continua

Quadro 1. continuação

Identificação do caso clínico [†] e conteúdos abordados	
Casos clínicos de abordagem comum a todos os estados	Casos clínicos regionalizados
<p>19. Alessandra Puericultura (práticas preventivas); Otite Média Aguda e Otite secretora; Febre na criança; Vacinação do adolescente.</p> <p>20. Amélia Neoplasia de colo uterino; Política Nacional de Atenção à Saúde Mental.</p> <p>21. Francisco e Tereza Climatério e menopausa; Alcoolismo;</p> <p>23. Sandra Infecção de vias aéreas superiores; Problemas comuns do lactente (dermatites, sono, constipação); Problemas na amamentação.</p> <p>24. Joana[#] Sangramento uterino anormal; Doenças da mama; Rastreo e mamografia.</p> <p>25. Dona Margarida Assistência domiciliar; Incontinência urinária; Demências.</p> <p>26. Agenor Avaliação global do idoso; Insuficiência cardíaca congestiva; Tampão cerumen; Sobrecarga do cuidador.</p> <p>27. Jonathan Asma infantil; Broncopneumonia; Tabagismo domiciliar.</p> <p>29. Antônio Parada cardiorrespiratória; Materiais necessários para emergências em APS; Manejo da dor torácica na APS; Prevenção quaternária.</p> <p>30. Natasha[#] Método anticoncepcional (injetáveis e DIU); Consulta do adolescente; Transtornos somatoformes; Dispepsia.</p>	<p>22. Jéferson (RS) Uso de drogas ilícitas; Tuberculose; Noções básicas de procedimentos ambulatoriais.</p> <p>22. Amâncio (SE) Modelo de Atenção às Condições Crônicas; Pé diabético; Insuficiência renal crônica.</p> <p>22. Cleomar (PA) Hanseníase; Carcinoma de pele; Trauma em APS.</p> <p>28. Silvana (RS) Modelo de Atenção às Condições Crônicas; Adesão ao tratamento.</p> <p>28. Nininha (SE) Ninho vazio; Ansiedade; Transtornos do sono; Abuso de benzodiazepínicos.</p> <p>28. Dyenifer (PA) Procedimentos em APS; Modelo de Atenção às Condições Crônicas; Leptospirose.</p>

[†]O número indica a ordem em que os casos são trabalhados pelo aluno;

[#]Casos clínicos complexos complementares.

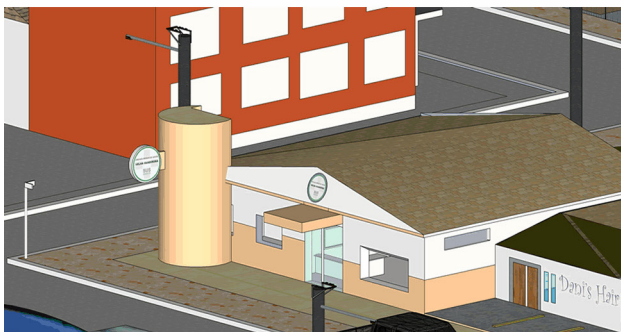
Presença de aspectos regionais na apresentação dos casos

A Figura 1 apresenta a localização imaginária no Brasil das três cidades fictícias virtuais (Santa Fé, Muiraquitã e São Luis Gonzaga) criadas para ambientar os casos complexos, com características peculiares à região em que o profissional estudante atua.



Figura 1. Cidades fictícias virtuais onde os casos regionalizados são ambientados. No Rio Grande do Sul (região sul do país) está a cidade de Santa Fé; no Pará (região norte) está localizada Muiraquitã, e no Sergipe (região nordeste) a cidade de São Luis Gonzaga. As cidades virtuais podem ser acessadas no site <http://unasus.ufcspa.edu.br/cidadesvirtuais/>.

Durante o processo de construção das cidades, características geográficas, culturais e sociodemográficas foram consideradas. O estudante pode navegar através de guias consultando dados como Produto Interno Bruto (PIB), Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), densidade demográfica, indicadores de saúde (exemplo: mortalidade infantil), localização das Unidades Básicas de Saúde do município e composição das equipes de saúde. O estudante também tem acesso aos meios de comunicação da cidade, como rádio comunitária e jornal, ambos construídos levando em consideração aspectos culturais pré-definidos para as cidades. A Figura 2 mostra como a visualização dessas informações é feita pelos profissionais.



GAZETA **Santa Fé**

Pai que abusava duas Recém-nascida abandonada em armário e filhas é preso em casa. encaminhada para adoção.

Episódios frequentes de abuso sexual de pai ficaram evidenciados nos exames de corpo de delito

Ontem à tarde, o Delegado Alvir de la Cruz deu voz de prisão a João Silva, um pedreiro residente na Linha do Imigrantes, que abusava sexualmente das filhas Joana e Clara (nomes fictícios), de 8 e 10 anos, havia dois anos. Em interrogatório, o homem assumiu o fato, alegando que as filhas eram suas e que ninguém deveria se intrometer. A verdade é que João da Silva já possuía antecedentes de perturbação da ordem por conta de suas farras no Beco da Navalhada. A mãe das meninas trabalha o dia inteiro como diarista, e João era o responsável pelo cuidado das menores. A mãe descobriu quando um dia, ao lavar a roupa íntima da filha menor encontrou uma mancha de sangue. Ao indagá-la a menina começou a chorar e disse que não era nada. Maria, então, foi à Unidade de Saúde preocupada com a criança e, ao exame, o médico constatou sinais de violência sexual. Encaminhada para a DP para o exame de corpo de delito, houve a confirmação e as menores foram encaminhadas temporariamente para a Casa de Passagem João e Maria, de onde saíram caso a mãe consiga provar o seu não-envolvimento e convívio com a situação. João da Silva poderá ficar preso de 06 até 10 anos.

A recém-nascida encontrada pela Agente de Saúde dentro de armário encontra final feliz.

A menina de apenas um dia de vida, foi encontrada pela Agente de Saúde da ESF Velha Guabroba dentro do armário do quarto de Ariadne Ferreira, de 25 anos. Em visita domiciliar, a profissional ouviu um "chorinho" vindo do quarto da casa e, ao indagar a mãe, esta chorou e revelou seu segredo. Ariadne, mãe de cinco filhos, escondeu a gravidez da família e, quando a menina nasceu, a solução encontrada foi a de deixá-la dentro do armário. Ela não contava com a visita da Agente de Saúde, que chegou providencialmente para salvar a menina. Quando a encontrou, já estava arrochada de frio, ao que imediatamente levou-a para a Unidade, lugar em que recebeu os primeiros socorros. Encaminhada para o hospital Santa Bárbara, a menina de 3,2 kg passa bem. De posse do Conselho Tutelar da cidade, a menina, no receber alta, será encaminhada para a Casa de Passagem João e Maria e, posteriormente, para a adoção. A mãe e o pai assinaram termo de doação da criança e responderão pelo fato judicialmente.

Síndrome do Bebê Chacalhado leva criança à morte em Guaporé.

Bebê de 4 meses é morto depois dos maus-tratos da avó.

Antônio Severo Júnior, de apenas 4 meses, morreu, segundo laudo da perícia, pela Síndrome do Bebê Chacalhado. Segundo relato da mãe, na DP de Guaporé, o menino era cuidado pela avó enquanto ela trabalhava durante o dia. Frequentemente aparecia com equimoses e hematomas e a avó alegava que tinha medo que ele se afogasse na banheira e, por isso, o segurava com "mais força" durante o banho. A verdade é que Zuleika Borba já havia internado duas vezes por distúrbios neurológicos. O menino passou três dias internado na UTI do Hospital da Cidade apresentando quadro de vômitos e diarreias com sangue, decorrentes dos maus-tratos sofridos. Na manhã de ontem, faleceu com múltiplas fraturas que perfuraram seus órgãos internos. Mãe e avó responderão judicialmente pelo fato. O Conselho tutelar alega que muitos bebês sofrem maus-tratos e que os pais devem ficar atentos.

Todas as notícias veiculadas são fictícias e contruídas para o Módulo de Violência Familiar do Curso de Especialização em Saúde da Família - UNASUS - UFCSA.

Figura 2. Diagrama exemplificando características pensadas para as cidades fictícias virtuais. Na figura temos dados da cidade de Santa Fé, localizada no Rio Grande do Sul. O estudante pode consultar dados geográficos, sociopolíticos (como a pirâmide etária) e meios de comunicação da cidade, como rádio e jornal (apresentado na imagem).

Nas Figuras 3 e 4 é mostrada a forma como os dois casos clínicos complexos são apresentados ao estudante, ambientados em São Luis Gonzaga e Muiraquitã, respectivamente. Além da linguagem utilizada nas falas dos sujeitos (profissionais e usuários-pacientes) durante a apresentação dos casos, o *design* visual foi construído preservando características e estéticas regionais. A seguir, serão apresentados alguns trechos de diálogos retirados dos casos, nos quais expressões típicas dos diferentes estados aparecem grifadas.

Pessoal, dizia a agente Comunitária Rosa, a coisa não tá fácil, além de toda pobreza que tem por lá... Tem uns menino de barriga grande... Que tão se queixando de diarreia, vômito, coceira no corpo... **coisa de louco**. Ontem eu fui na casa da Dona Santa Ana que mora lá perto daquele Cajueiro bonito que o senhor gostou, sabe Dr. Joventino... E os menino dela, os três pequeno **tão** bem barrigudinhos e **tavam** tomando banho no Arroio... [trecho extraído de um caso clínico ambientado em São Luis Gonzaga (SE)]

Bem Rosa, a gente sempre soube que a coisa lá não é fácil, entrevi a enfermeira Kenany... aquele açude me deixa **aperriada**... todo mundo usa aquelas águas pra toma banho, para beber... até os animais... aquele caminhão da água só passa **quando Deus quer**... [trecho extraído de um caso clínico ambientado em São Luis Gonzaga (SE)]

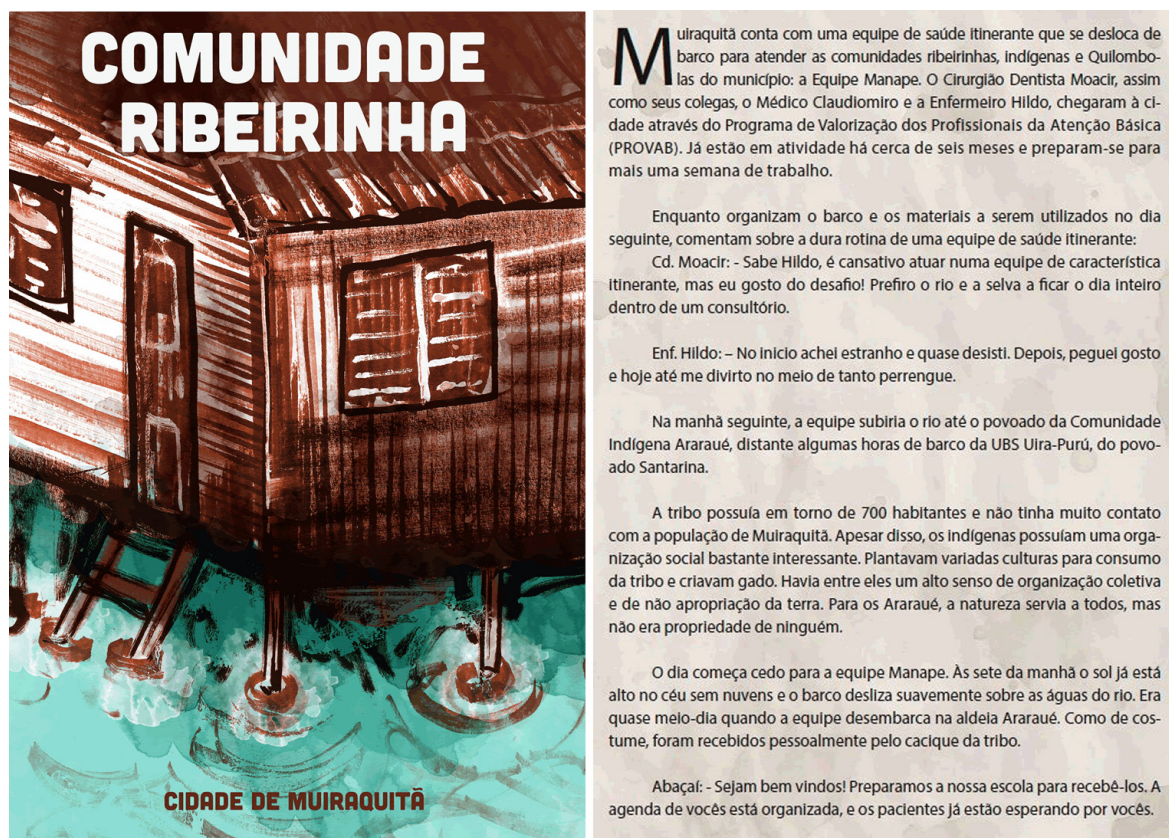
No inicio achei estranho e quase desisti. Depois, peguei gosto e hoje até me divirto no meio de **tanto perrengue**. [trecho extraído de um caso clínico ambientado em Muiraquitã (PA)]

Febre eu **vivo tendo**. Acho que é devido à malária. Já peguei tantas vezes. Mas não sinto aquele mal estar da malária não. Só cansaço e um **fastio danado**. [trecho extraído de um caso clínico ambientado em Muiraquitã (PA)]

Não consegui vir, só trabalho, Doutora. A gente tem que pagar as contas, **né?** [trecho extraído de um caso clínico ambientado em Santa Fé (RS)]



Figura 3. Apresentação de um caso clínico complexo ambientado na cidade de São Luis Gonzaga, em Sergipe. Ao evoluir pelo caso o estudante é exposto a imagens que remetem a características tanto culturais, como as bandeirolas de São João, quanto de saúde, como o menino com Esquistossomose (barriga d'água) brincando no sertão nordestino.



Muiraquitã conta com uma equipe de saúde itinerante que se desloca de barco para atender as comunidades ribeirinhas, Indígenas e Quilombolas do município: a Equipe Manape. O Cirurgião Dentista Moacir, assim como seus colegas, o Médico Claudiomiro e a Enfermeira Hildo, chegaram à cidade através do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica (PROVAB). Já estão em atividade há cerca de seis meses e preparam-se para mais uma semana de trabalho.

Enquanto organizam o barco e os materiais a serem utilizados no dia seguinte, comentam sobre a dura rotina de uma equipe de saúde itinerante:

Cd. Moacir: - Sabe Hildo, é cansativo atuar numa equipe de característica itinerante, mas eu gosto do desafio! Prefiro o rio e a selva a ficar o dia inteiro dentro de um consultório.

Enf. Hildo: - No início achei estranho e quase desisti. Depois, peguei gosto e hoje até me divirto no meio de tanto perrengue.

Na manhã seguinte, a equipe subiu o rio até o povoado da Comunidade Indígena Araraué, distante algumas horas de barco da UBS Uira-Purú, do povoado Santarina.

A tribo possuía em torno de 700 habitantes e não tinha muito contato com a população de Muiraquitã. Apesar disso, os indígenas possuíam uma organização social bastante interessante. Plantavam variedades culturas para consumo da tribo e criavam gado. Havia entre eles um alto senso de organização coletiva e de não apropriação da terra. Para os Araraués, a natureza servia a todos, mas não era propriedade de ninguém.

O dia começa cedo para a equipe Manape. Às sete da manhã o sol já está alto no céu sem nuvens e o barco desliza suavemente sobre as águas do rio. Era quase meio-dia quando a equipe desembarca na aldeia Araraué. Como de costume, foram recebidos pessoalmente pelo cacique da tribo.

Abacá: - Sejam bem vindos! Preparamos a nossa escola para recebê-los. A agenda de vocês está organizada, e os pacientes já estão esperando por vocês.

Figura 4. Forma como o estudante da Região Norte do País é apresentado a um caso clínico complexo ambientado em comunidades ribeirinhas no Pará. A ilustração remete a uma cena regional e o estilo de desenho utilizado é diverso das ilustrações utilizadas nas cidades das outras regiões.

Discussão

O curso de EspSF promovido pela UNA-SUS/UFCSPA está dividido em dois eixos⁶: o primeiro denominado 'Campo de Saúde Coletiva', tratando temas gerais de saúde pública e pertinentes ao Sistema Único de Saúde do Brasil; e o segundo eixo, chamado de 'Núcleo Profissional', é composto de casos clínicos complexos. São utilizadas metodologias ativas nos dois eixos¹³. No Núcleo Profissional, o aluno desenvolve atividades a partir de casos clínicos complexos, visando: (a) a utilizar experiências reais ou simuladas, levando ao desenvolvimento da capacidade de solucionar com sucesso tarefas essenciais da prática profissional em diferentes contextos; (b) a possibilitar a aprendizagem de forma significativa, priorizando a relação do conceito/teoria com a prática do profissional-aluno.

Nesse trabalho foi apresentado o processo de adaptação do conteúdo dos casos complexos para que o curso pudesse ser oferecido para diferentes regiões do país. Alguns casos clínicos complexos foram adaptados às realidades dos estados do Pará e Sergipe, de forma que agravos de saúde prevalentes pudessem ser abordados.

A oferta de cursos na área da saúde a localidades diversas enfrenta o desafio da diversidade cultural e, em alguns casos, diferenças nos sistemas de saúde¹⁴. Disponibilidade de recursos diagnósticos e valores culturais, principalmente aqueles relacionados ao estilo de vida, podem influenciar diagnósticos e decisões terapêuticas. Essas características devem ser observadas durante o planejamento de ações voltadas à formação de profissionais da área da saúde. Programas educacionais originalmente

desenvolvidos para o público de uma região, muitas vezes não podem ser aplicados diretamente, mantendo a efetividade, a outros grupos sem que haja uma remodelação dos recursos didáticos, seja por questões técnicas, como conectividade a internet, seja por diferenças socioculturais ou epidemiológicas¹⁴.

O processo de adaptação dos conteúdos vivenciado na UNA-SUS/UFCSPA também ocorreu em outros centros¹⁴⁻¹⁶. Em um contexto semelhante, um curso voltado ao manejo da doença Alzheimer, inicialmente desenhado para o contexto canadense, na Universidade de Calgary, precisou ser adaptado para que pudesse ser ofertado aos médicos do Uruguai. Considerando as adaptações realizadas, os autores relatam desafios quanto a linguagem, que necessitou a tradução do Inglês para o Espanhol. Embora as adaptações realizadas para promover a regionalização do Curso de EspSF não fossem de tradução de um idioma para outro, expressões populares da região sul do Brasil necessitaram substituições para o emprego no material didático dos alunos do Norte e Nordeste.

Características semelhantes às encontradas no público-alvo dos alunos brasileiros do Curso de EspSF, que encontram-se muitas vezes localizados em cidades afastadas dos grandes centros e com dificuldade de acesso a educação permanente em saúde, também foram verificadas no norte do Canadá¹⁶. A Agência de Saúde Pública do Canadá, visando minimizar essa questão, criou uma força tarefa com o objetivo de construir um programa de capacitação para profissionais e assistentes atuantes na saúde pública. Dentre as ações estava um estudo de qual seria a forma mais apropriada de entregar os conteúdos para as diferentes regiões, de forma que a efetividade do curso fosse assegurada. Foram estudadas adaptações na forma de como o conteúdo era apresentado ao aluno, nos conteúdos e no processo de tutoria. Verificou-se que para o melhor aproveitamento das atividades do curso é imprescindível que se conheça o público-alvo e que se planejem as atividades de acordo com os alunos, assim como foram regionalizados os casos clínicos complexos do Curso de EspSF da UNA-SUS/UFCSPA. Ainda, acredita-se que tais ações otimizem o aprendizado e a retenção dos alunos no curso¹⁶.

Os cursos de especialização da rede UNA-SUS são pioneiros no que se refere à formação de especialistas, utilizando a modalidade EAD de forma pura. Estratégias semelhantes ocorrem em diversos países¹⁷⁻¹⁹, a exemplo da estratégia EviMed (www.evimed.net), que promove, cursos sobre diversos tópicos da medicina voltados a educação médica continuada na América Latina e Caribe. Contudo, a maior parte dessas iniciativas constitui-se de cursos autoinstrucionais, nos quais os alunos realizam as atividades de forma autônoma.

A EspSF conta com um sistema de tutoria para realizar o acompanhamento dos alunos no decorrer da aprendizagem. Esse acompanhamento é feito de forma remota, contudo são designados para a tutoria Médicos de Família e Comunidade que conheçam a região de atuação dos estudantes. Dessa forma, os profissionais que trabalham em regiões distintas de onde realizaram a sua formação profissional, ou mesmo os médicos intercambistas⁵ do PMM, têm a quem recorrer quando se deparam com situações, as quais não estão habituados, facilitando o processo de ensino-aprendizagem. Mais uma vez a valorização da regionalização é corroborada neste processo de tutoria do Curso.

Como parte das atividades avaliativas do curso, o aluno deve elaborar uma reflexão conclusiva⁸. Nela, o estudante deve elaborar uma análise acerca do processo de aprendizagem. A partir das reflexões dos alunos pode-se constatar que a regionalização dos conteúdos do curso colaborou para o desenvolvimento satisfatório do processo de ensino-aprendizagem. Há relatos que permitem verificar que uma universidade localizada no extremo Sul do País pode ofertar um curso para as regiões norte e nordeste, proporcionando aos alunos dessas localidades um aprendizado com elementos verossímeis à realidade das suas regiões de atuação. A seguir são apresentados trechos extraídos das reflexões conclusivas de alguns alunos.

O caso que mais chamou atenção neste módulo e que foi fundamental na consolidação do meu aprendizado foi o de Araraué... quando surgiu o desafio de trabalhar no norte do país me deparei com muitos casos de malária que geravam certo desconforto e insegurança em alguns momentos. Esse caso, além de consolidar a teoria sobre a Dengue, marcou o fim desses sentimentos, elucidando ainda mais o manejo correto desta comorbidade... [aluna da região norte]

... pude notar a enorme semelhança entre os problemas citados como exemplo nas unidades em estudo e a realidade vivenciada no posto de saúde em que atuo... fiquei muito feliz com o caso Araraué, já que moro na região Norte e pude acompanhar vários casos de doenças febris, principalmente a malária, durante a minha formação e que foram fundamentais para a consolidação do meu aprendizado. Quando tive que lidar com pacientes com esse diagnóstico não tive problemas e nem desconforto algum... sei que muitos outros Estados do Brasil não presenciam muitos pacientes como este e exatamente por esse motivo achei muito pertinente o caso... [aluna da região norte]

Os casos foram bem feitos e especificamente na minha situação alguns deles chegaram a antecipar alguns pacientes com casos parecidos o que facilitou muito a condução destes [aluno da região norte]

Os casos complexos são as histórias diárias do nosso cotidiano, pois no decorrer da semana sempre temos uma mãe triste pela morte do seu filho usuário de drogas, as consequências dessa morte, uma cuidadora que necessita de atenção, hipertensos e diabéticos descontrolados, dentre outros... [aluna da região norte]

Sabe-se que a educação a distância representa uma ferramenta importante para a qualificação dos profissionais em países em desenvolvimento e de grande extensão, haja vista a facilidade de alcançar profissionais em regiões com menores recursos financeiros e distantes dos grandes centros urbanos²⁰. Ainda, cursos EAD apresentam desfechos semelhantes em termos de aprendizado a ações de ensino tradicionais^{17,20}. Dessa forma, o problema de oferecer um mesmo curso para regiões com características epidemiológicas e socioculturais diversas passa a requerer a atenção dos gestores pedagógicos de cursos semelhantes no âmbito brasileiro. Ao conhecimento dos autores, o Curso de EspSF da UNA-SUS/UFCSPA é original quanto à regionalização dos conteúdos. Acredita-se que esse processo de regionalização permite um processo de aprendizagem com significado, tornando o curso mais atrativo ao profissional, estimulando que ele realize as atividades e diminuindo a evasão. Contudo, tais hipóteses carecem de investigação, as quais já estão sendo planejadas pela equipe da UNA-SUS/UFCSPA.

O processo de criação dos casos clínicos complexos utilizado no curso de EspSF foi planejado visando à construção de um curso regionalizado. Com a adaptação de casos complexos às realidades dos estados do Pará e Sergipe, o curso, inicialmente pensado a partir de características do estado do Rio Grande do Sul, pode ser oferecido aos referidos estados de um modo mais significativo e fidedigno às situações que o profissional está exposto no seu cotidiano.

Colaboradores

Alessandra Dahmer e Maria Eugênia Bresolin Pinto: concepção da ideia; discussão dos resultados; revisão e aprovação da versão final do trabalho. Fernando Freitas Portella, Rodrigo Alves Tubelo, Luciana Bisio Mattos e Marta Quintanilha Gomes: redação do manuscrito; discussão dos resultados; revisão e aprovação da versão final do trabalho. Márcia Rosa da Costa: revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da República Federativa do Brasil [Internet]. 5 Out 1988. [citado 23 Mar 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/DOUconstituicao88.pdf.
2. Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1990. [citado 23 Mar 2016]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm.
3. World Health Organization. The Ottawa Charter for Health Promotion [Internet]. Geneva: WHO; 1986. [citado 23 Mar 2016]. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.
4. Portaria Interministerial nº 2.087, de 1º de setembro de 2011. Institui o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. [citado 23 Mar 2016]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/pri2087_01_09_2011.html.
5. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 12.871, de 22 de Outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis no 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e no 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. [citado 13 Mar 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm.
6. Dahmer A, Pinto MEB, da Costa MR, Pinheiro LB. O uso de cidades virtuais e diversidade midiática como estratégias pedagógicas em um curso a distância de saúde da família. In: de Gusmão CMG, Siebra SA, Borba VR, Menezes Júnior JV, Oliveira CAP, Nascimento EN, et al., organizadores. Relatos do uso de tecnologias educacionais na educação permanente de profissionais da saúde no Sistema Universidade Aberta do SUS. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2014.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa mais médicos – dois anos: mais saúde para os brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. 128 p.
8. Dahmer AD, Pinto MEB, organizadores. Projeto pedagógico do curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFCSPA [Internet]. Porto Alegre: UFCSPA; 2013. [citado 13 Mar 2016]. Disponível em: http://www.ufcspa.edu.br/ufcspa/ensino/posGraduacao/especializacao/2014/projeto_pedagogico_saude_familia_20131.pdf.
9. Tubelo R, Dahmer A, Pinheiro L, Pinto ME. Santa Fé: building a virtual city to develop a family health game. *Stud Health Technol Inform*. 2013;192:798-801. doi:10.3233/978-1-61499-289-9-798.
10. Dahmer A, Tubelo RA, Pinheiro LB, da Costa MR, Pinto MED. Virtual cities as content environments in a Family Health post-graduate programme. *J Int Soc Telemed Health*. 2016;4:e7.
11. Merchán-Hamann E. Diagnostico macrorregional da situação das endemias das regiões norte e nordeste. *Inf Epidemiol SUS*. 1997;6(3):43-114.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Pesquisa Nacional de Saúde 2013: Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas - Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014. 181p.
13. Costa MR, Fernandes ATF, Lorenz MG, Pereira PP, Santos AP. O desenvolvimento do processo pedagógico através do uso de metodologias (inter) ativas na educação à distância. *Rev Espaço Saude*. 2014;15(Supl 1):476-85.
14. Llambí L, Margolis A, Toews J, Dapuetto J, Esteves E, Martínez E, et al. Distance education for physicians: adaptation of a Canadian experience to Uruguay. *J Contin Educ Health Prof*. 2008;28(2):79-85.

15. Rossiter JR. Adapting e-learning courses for new contexts: two case studies of continuing professional development courses in Public Health [dissertation]. Oxford: Universidade de Oxford; 2009.
16. Bell M, MacDougall K. Adapting online learning for Canada's Northern public health workforce. *Int J Circumpolar Health*. 2013;72.
17. Tubelo RA, Branco VL, Dahmer A, Samuel SM, Collares FM. The influence of a learning object with virtual simulation for dentistry: a randomized controlled trial. *Int J Med Inform*. 2016;85(1):68-75.
18. Kaliyadan FF, Manoj JJ, Dharmaratnam AD, Sreekanth GG. Self-learning digital modules in dermatology: a pilot study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(6):655-60.
19. Blankstein U, Dakurah T, Bagan M, Hodaie M. Structured online neurosurgical education as a novel method of education delivery in the developing world. *World Neurosurg*. 2011;76(3-4):224-30.
20. Frehywot S, Vovides Y, Talib Z, Mikhail N, Ross H, Wohltjen H, et al. E-learning in medical education in resource constrained low- and middle-income countries. *Hum Res Health*. 2013;11:4.

O objetivo desse estudo foi descrever o processo de criação dos conteúdos do Curso de Especialização em Saúde da Família (EspSF) promovido pela UNA-SUS/UFCSPA, modalidade a distância, de acordo com características de cada região onde o curso é ofertado. Parte do curso de EspSF é baseada na aprendizagem a partir de casos clínicos complexos. Alguns casos clínicos do curso foram personalizados de acordo com a região do país (norte, nordeste ou sul) onde o profissional atua, considerando características epidemiológicas e socioculturais de cada região. Com a adaptação de 12 casos complexos às realidades dos estados do Pará e de Sergipe, o curso, que foi inicialmente pensado a partir de características do estado do Rio Grande do Sul, pode ser oferecido aos referidos estados, mantendo a sua característica de fidedignidade às situações, as quais o profissional está exposto no seu cotidiano.

Palavras-chave: Educação a distância. Especialização. Saúde da família. Sistema Único de Saúde.

Regionalization of contents of an e-learning Family Health graduate course: the Open University of Brazilian National Health System experience (UNA-SUS/FCSPA), Porto Alegre, Brazil

The objective of this study was to describe the process of creating the contents of the e-learning Family Health graduate course, promoted by the Open University of the Brazilian National Health System/Federal University of Porto Alegre (UNA-SUS/UFCSPA), adapted to the characteristics of each region where the course is offered. Part of this course is based on learning from complex clinical cases. Some clinical cases have been customized according to the regions of the country (North, Northeast and South) where participants exert their activities, considering epidemiological and socio-cultural characteristics of each region. Through the adaptation of 12 complex cases to the realities of the states of Pará and Sergipe, the course, although initially designed regarding the state characteristics of Rio Grande do Sul, can now be offered to those states while maintaining its characteristic of being in compliance with situations that workers experience in their daily lives.

Keywords: Distance education. Family health. Graduation. Brazilian National Health System.

Regionalización de contenidos de un curso de especialización en Salud de la Familia, a distancia: la experiencia de la Universidad Abierta del Sistema Brasileño de Salud (UNA-SUS/FCSPA) en Porto Alegre, Brasil

El objetivo del estudio fue describir el proceso de creación de los contenidos del Curso de Especialización en Salud de la Familia (EspSF) promovido por Universidad Abierta del Sistema Brasileño de Salud/Universidad Federal de Ciencias de la Salud de Porto Alegre (UNA-SUS/UFCSPA), modalidad a distancia, de acuerdo con características de cada región en donde se ofrece el curso. Parte del curso de EspSF se basa en el aprendizaje a partir de casos clínicos complejos. Algunos casos clínicos del curso se personalizaron de acuerdo con la región del país (norte, nordeste o sur) en donde actúa el profesional, considerando características epidemiológicas y socio-culturales de cada región. Con la adaptación de 12 casos complejos a las realidades de los estados de Pará y Sergipe, el curso que fue inicialmente pensado a partir de características del estado de Río Grande do Sul pudo ofrecerse a los referidos estados, manteniendo su característica de fidelidad a las situaciones a las que el profesional está expuesto en su cotidiano.

Palabras clave: Educación a distancia. Especialización. Salud de la familia. Sistema Brasileño de Salud.

Submetido em 22/08/16. Aprovado em 15/10/16.



Esteban F, Román B. *¿Quo Vadis, Universidad?* Barcelona: UOC; 2016.

Mirelle Finkler^(a)

Formação profissional e/ou educação universitária: de onde viemos, para onde vamos?

Lançado em maio de 2016 pelo Editorial UOC de Barcelona, o livro *¿Quo Vadis, Universidad?* é resultado da tese de doutorado em Filosofia do psicopedagogo e doutor em Pedagogia, Francisco Esteban Bara, professor do Departamento de Teoria e História da Educação da Universidade de Barcelona e membro do Grupo de Investigación en Educación Moral (GEM). A obra foi escrita em parceria com a professora Begoña Román, filósofa e doutora em Filosofia, docente da Faculdade de Filosofia da mesma universidade, e membro do Grupo de Investigación de la Generalitat de Catalunya Aporía: Filosofía Contemporánea, Ética y Política.

A provocação dos autores está relacionada ao fato de que, ano após ano, um grande número de alunos, independentemente do curso, tenha passado pela universidade como se fosse uma corrida de obstáculos, sem de fato a terem vivenciado. Nesse sentido, estimula a empatia do leitor, que, enquanto professor universitário, reconhece, com familiaridade, a emergência desses problemas na vivência acadêmica. Partindo do

pressuposto de que a educação universitária forja os estudantes e que deve estar preparada e disposta para algo além do se adaptarem à realidade profissional, econômica e social, os autores tomam, como fio condutor de suas ideias, a educação moral do estudante – alguém que está convocado a conhecer e a se conhecer, a se aperfeiçoar e a ser um agente de transformação social.

Assumindo, desde o princípio da obra, a universidade como uma comunidade moral, os autores analisam os antecedentes e a evolução da universidade a fim de recuperarem os aspectos e circunstâncias que permitem vislumbrar a fundamentação filosófica que sustenta o seu surgimento, institucionalização e desenvolvimento. Neste percurso evolutivo, cujo germe conta com uma pré-história (escolas jônica, grega, persa e árabe), abordam os dois grandes modelos de organização universitária no período medieval que acabam por influenciar o destino da maioria das instituições ocidentais.

A obra relata como as faculdades se converteram na unidade essencial da instituição que orchestra a vida universitária, e como os colégios se transformaram em comunidades autônomas de professores e estudantes que conviviam – juntos buscavam

^(a) Departamento de Odontologia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Centro de Ciências da Saúde, UFSC, sala 147, Campus Reitor João David Ferreira Lima, Trindade. Florianópolis, SC, Brasil. 88040-900. mirelle.finkler@ufsc.br

a educação dos estudantes enquanto pessoas. Os autores discutem, então, as diversas ideias de universidade, analisando-as em relação às tensões com o restante da sociedade por sua missão e seu controle/liberdade. Destaca-se a importante influência do humanismo como uma nova atitude frente à tarefa e à finalidade da universidade medieval. Por fim, analisam como o iluminismo levou à substituição do intelectual pelo científico, alterando organicamente a função da universidade, que acaba se consolidando na preparação de funcionários ou profissionais.

Este percurso culmina com a análise de diferentes concepções sobre a universidade em nosso imaginário social e acadêmico: uma universidade progressista que prioriza a eficácia e a eficiência na 'formação profissional' a serviço da comunidade social e política, e uma universidade clássica que busca a excelência por meio da 'educação universitária' ou formação humanística, que deveria orientar a sociedade sobre o que necessita e sobre o que lhe deveria interessar. Concepções estas complementares, que se retroalimentam, ainda que o equilíbrio entre elas seja realmente difícil, como comprovamos cotidianamente.

É oportuno ressaltar a distinção que assinalam a partir do pensamento alemão entre 'formação' (*bildung*) e 'educação' (*erziehung*), a primeira vinculada a conteúdo em seu sentido instrutivo, e a segunda, à vontade da pessoa e à valorização moral da realidade e de si mesma. Tal diferenciação merece atenção porque os níveis educativos anteriores ao universitário converteram-se em estandartes da educação moral e cidadã, ainda que o desenvolvimento moral também ocorra (ou deveria ocorrer) ao longo da formação/educação universitária. Tais modos de se entender a função da universidade – atribuindo um peso maior ou menor à formação profissional e à formação humanística – influenciam sobremaneira algumas das características essenciais que conformam a sua própria concepção.

No segundo capítulo, Esteban e Román analisam a tensão entre o que é e o que deveria ser a missão da universidade, a partir do ponto de vista filosófico de Wilhelm von Humboldt, John Henry Newman e José Ortega y Gasset – autores entre os de maior importância no que se conhece hoje como universidade moderna, base e fundamento da instituição contemporânea.

Seus escritos conformam filosofias da educação universitária que transcendem a realidade que vivenciaram, posto que suas vozes seguem presentes não apenas na realidade europeia, foco dos autores, mas, também, em outras instituições universitárias.

Em comum, consideram que as ações da universidade deveriam estar voltadas para a educação integral da pessoa – de sua humanidade, personalidade e caráter – buscando convertê-la em um pensador livre, independente, responsável e crítico. Isto implicaria um tipo particular de vínculo entre professores e estudantes e a valorização da influência educativa dos primeiros sobre os segundos. Tratar-se-ia, portanto, de um lugar de educação para a vida, além da instrução ou formação profissional. Esta deveria ser adequadamente reposicionada após uma formação filosófica e humanística.

... el vivir no consiste en entregarse a la ciencia, la cultura o la profesión, sino al revés, consiste en convertirlos en instrumento para la vida, porque el fin último es construirse uno mismo en la circunstancia en la que se encuentra. La educación universitaria, pues, consiste en no dejarse llevar y, por lo tanto, es una educación creadora y transformadora, ese es su fin radical. (p. 135)

Mas o devir da educação universitária mudou de identidade. A formação profissional tem sido a tônica da universidade contemporânea que atribui à educação moral e cultural menor valor. Um fato particularmente incontestável na área da saúde, por parte dos pesquisadores, é a dedicação dispensada aos estudos da dimensão ética desse processo formativo/educativo no Brasil. Apesar disso, a formação de excelentes profissionais e comprometidos cidadãos é uma demanda repetidamente presente nos diferentes documentos oficiais que construíram o Espaço Europeu de Ensino Superior, assim como nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Saúde brasileiros.

Os filósofos selecionados também convergem na concepção do que seria um saber tipicamente universitário – aquele que desenvolve o intelecto e a moral, que considera a ciência aberta e a cultura viva e que não conjuga com os saberes

profissionais, mas com o saber filosófico. Significa dizer que o saber caracteristicamente universitário consistiria no livre filosofar, contrastando, radicalmente, com a tendência de veicular conhecimentos concretos e específicos, muito bem delimitados atualmente como competências profissionais a partir das quais se reestruturam os projetos político-pedagógicos. Os autores discutem, ainda, a problemática da autonomia universitária em Humboldt, Newman e Ortega y Gasset, que não se daria tanto pelo ponto de vista burocrático, econômico ou de relação com o mercado de trabalho, mas, sobretudo, ideológico. Em suma, são propostas que se alinham ao recuperarem a essência da universidade e da educação que lhe é própria: um processo autêntico de compreensão pessoal e de realização humana.

A terceira parte do livro está dedicada à crítica comunitarista da instituição universitária em seus discursos que atentam contra a educação moral. Discursos provenientes do utilitarismo, pragmatismo, relativismo e, especialmente, do liberalismo moral que governa o imaginário social nos últimos anos: um projeto que tenta esconder a responsabilidade social sob a bandeira da autonomia pessoal (a exemplo do atual projeto de lei conhecido como 'Escola sem Partido'). Desenvolve, então, uma competente análise da controvérsia liberal-comunitarista em relação à questão da identidade, dos recursos da moral e de sua orientação, com base em autores que se mostraram críticos com alguns dos postulados liberais de John Rawls, como: Michel Sandel, Alasdair MacIntyre, Charles Taylor e Michael Walzer. Segundo estes pontos de vista, o liberalismo rawlsiano se engana por considerar que os valores morais não são parte fundamental do processo de construção identitária; e por não reconhecer que os indivíduos são seres comunitários, assim como seus valores. A inter-relação destas questões com as filosofias da educação universitária justifica a escolha da teoria comunitarista como referencial teórico adequado para se pensar a universidade de hoje – objeto da última parte da obra.

Rememorando Kant, para quem a educação universitária era *per se* uma realidade em tensão permanente por forças opostas, Esteban e Román situam que tais forças a mantêm viva justamente porque está permanentemente tensionada. De um lado, as que compartilham

da ideia de que a educação universitária deva ser, sobretudo, uma questão de adaptação ao meio (a universidade, portanto, refletindo a realidade na qual se encontra); e, do outro, as que comungam do entendimento que deva servir, fundamentalmente, para dar forma e vida a uma atividade humana especial, orientando a realidade ao provê-la de cidadãos e profissionais eticamente competentes e socialmente comprometidos. O primeiro conjunto de forças puxa em direção ao futuro e o segundo, ao passado, porque a utilidade tem sido nosso parâmetro:

... aquello que es útil se convierte automáticamente en bueno y verdadero, no se duda de la bondad y veracidad de la educación universitaria si esta demuestra rentabilidad [...] resulta difícil defender la autenticidad de aquello que no transpira eficacia y excelencia. Es más, parece apostarse por una educación universitaria que produzca beneficios aquí y ahora, en poco tiempo. (p. 206-7)

A tese defendida pelos autores é a de que ambas as forças nos são igualmente caras e que o ótimo desenvolvimento da educação universitária depende de que nenhuma delas exceda a outra. Suas implicações incluem o reconhecimento do estudante como sujeito de aprendizado moral (e todos os problemas resultantes de como desenvolver e avaliar este aprendizado) e da educação universitária como educação na moral da corporação universitária. Isto implica, por sua vez, recuperar a influência ético-pedagógica dos docentes sobre os discentes, partindo da vinculação pessoal, promovendo modos de viver e atuar que potenciem a condição humana em direção à excelência moral.

Os argumentos empreendidos nos chamam a viver a universidade plenamente, estimular e orientar nossos estudantes a compreenderem o mundo desde uma determinada perspectiva, e se autocompreenderem nesse processo à medida que refletem sobre questões fundamentais, como: quem são, quem poderão ser e quem vão querer ser quando formados. Precisamos refletir com eles sobre a educação universitária e sobre o que é ser um estudante universitário. Encorajá-los a planejarem sua carreira, buscando recuperar o sentido educativo das atividades esportivas,

culturais e políticas que complementam e enriquecem as meramente acadêmicas. Ainda, devemos apostar em uma cultura ética da vida universitária, o que exige o compromisso de trabalho em equipe por parte de todo o corpo docente.

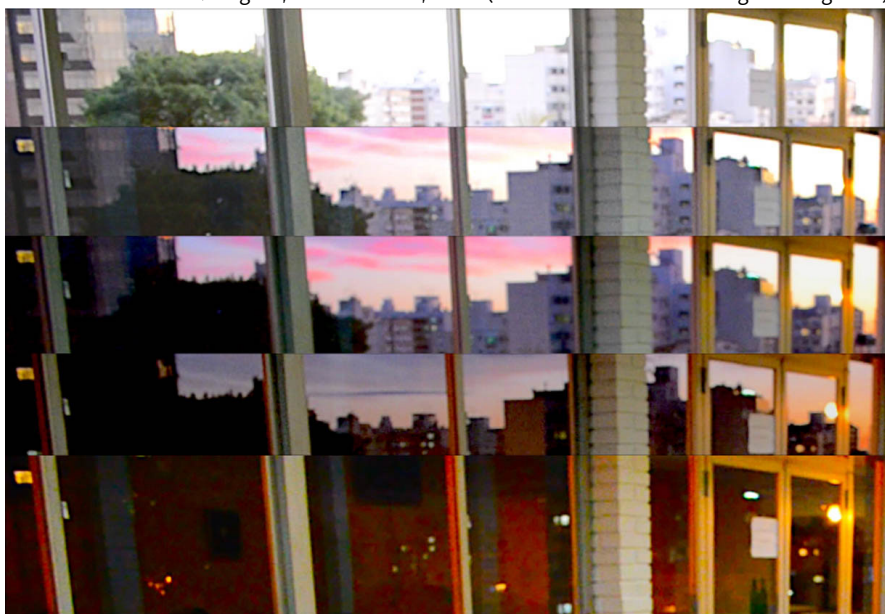
¿Quo vadis, Universidad? é uma leitura que nos afeta profundamente, porque nos desassossega ainda mais ao levantar questões que permanecem reverberando: como tenho influenciado meus estudantes de fato? Em que medida e de que maneiras conseguiria entusiasmar meus colegas a nos reposicionarmos em relação à educação universitária? Devemos continuar tratando-a como 'formação profissional'? Quais valores têm sido priorizados e quais temos desmerecido no âmbito acadêmico? Quais problemas atravessam nossa tarefa docente e cidadã? Quais nossas fortalezas para fazerem frente a elas? O caráter ético – porque nos convoca à reflexão –, político – porque nos interpela intervenção –, e estético – porque nos incita à recriação e transformação do já dado, é mais do que suficiente para considerar que a obra deva ser amplamente conhecida na educação universitária brasileira, e, em particular, na área da saúde, que urge ser alimentada pela filosofia e pela pedagogia para orientar e justificar sua prática educativa.

Recebido em 08/08/16. Aprovado em 23/09/16.

Dos estilhaços de uma pesquisa

Elisandro Rodrigues^(a)

Elisandro Rodrigues, Do entardecer, 2014 (frames de vídeo em montagem fotográfica)



_do que se inicia nos encontros

O texto que segue é resultado da dissertação de mestrado “Clínica de uma Vida: estilhaços de educação e[m] saúde”, defendida no programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. São sete fragmentos literários, hiatos de tempo que marcaram o fazer pesquisa e o ser pesquisador compondo a entrada de cada capítulo da dissertação de mestrado. Esses fragmentos são minicontos que narram a história do Sr. Warburg e seu processo de pesquisa sobre as imagens da medicalização da vida. É uma narrativa de ficção de uma pesquisa porvir.

^(a) Residência Integrada em Saúde, Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde/Escola GHC, Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Av. Francisco Trein, 596, Bloco H, 3º andar, Cristo Redentor. Porto Alegre, RS, Brasil. 91350-200. elisandromosaico@gmail.com

Não é por acaso que a metamorfose da lagarta e da ninfa em borboleta é chamada de imago. Assim se passa da borboleta e com a imago psíquica no sentido de Lacan (ou de Merleau-Ponty, aliás): ela bate – ela bate as asas. É uma questão de aparição visual e de experiência corporal ao mesmo tempo¹. (p. 2)

6 am

Ó Senhor Warburg abre os olhos. Olha para o relógio ao lado de sua cama. São seis horas. Levanta rápido, com a rapidez com que consegue se movimentar. Um velho de 75 anos já carrega as marcas do tempo em seu corpo. Faz meses que o Senhor Warburg planeja esse dia [Chamaremos o Senhor Warburg apenas de Sr. W., para facilitar nossa história e leitura]^(b). Faz vinte e quatro meses, setecentos e vinte e nove dias que ele vem planejando esse momento. Ele pensa se são esses os dias, ao lavar o rosto e ao olhar-se no espelho. Já na cozinha prepara ritualisticamente seu café. Duas colheres pequenas de café, enche a cafeteira italiana de água, lembrando de não ultrapassar a marca de segurança, já apagada pelos anos de uso. Coloca a água para ferver em fogo baixo. Enquanto o café emerge pelo mecanismo até o topo, prepara duas fatias pequenas de pão. Senta na pequena mesa da cozinha e, silenciosamente, come. Escuta-se apenas o sorver do líquido na xícara e as mordidas no pão já um pouco seco. Na sua mente, a organização do dia desfila passo a passo. 'Levantar às seis horas. Ok. Tomar o café. Ok. Passar a manhã organizando os materiais necessários para o trabalho. Retomar, item a item, o que será necessário. Almoçar por volta das 11 horas. Tirar uma sesta até as 14 horas. Retomar anotações e organizar por ano e mês os conteúdos e informações. Sair para tomar um café, por volta das 17 horas. Voltar pra casa e terminar o projeto já iniciado'. O Sr. W. sabe que tem de ser metucioso em seu cronograma. Hoje é o dia setecentos e trinta, hoje é o dia em que ele termina. O Sr. W mantém seu cronograma até antes das 16 horas. Pela energia acumulada e sua prévia organização, consegue liberar-se antes para o café da tarde. Decide usar o intervalo de tempo para tomar um ar fresco no parque. Coloca seu sobretudo, pega seu cachecol e seu chapéu. O parque fica a poucos minutos de caminhada de sua casa. No caminho, vai retomando a lista mental e enumerando o que já foi realizado, vendo se não esqueceu de nada. O Sr. W. é metucioso e, ao longo dos anos, criou o costume de realizar anotações do que vê e do que lê em um pequeno bloco que carrega consigo. Muitas das anotações são mentais, e, com o passar dos dias, ele acaba esquecendo, não lembrando o que aquelas poucas palavras escritas querem dizer, ou o porquê da anotação. Sentado no parque, observa o movimento das pessoas e das borboletas ao redor. O Sr. W. sempre gostou de borboletas. Quando criança tentou ser colecionador. Conseguiu catalogar algumas espécies com a ajuda dos livros especializados no assunto. Como não dispunha de equipamentos para mantê-las organizadas, alfinetadas e intactas, tirava fotos para o seu livro de registro. Fazer essa captura de imagem sempre foi difícil. Quando conseguia uma pose decente, tinha de torcer para o filme não queimar. Ser colecionador, pesquisador de borboletas tornou-se muito complicado. Abandonou seu hobby menos de um ano após o seu início. Olhando o voo das borboletas, faz uma anotação, rabiscando em seu bloco palavras soltas: 'As imagens são como as borboletas, esperam o tempo certo para alçar o voo. Primeiro, devem ser concebidas: as borboletas no acasalamento; as imagens, no pensamento, na imaginação. A borboleta coloca o ovo sobre a superfície de uma folha, tem de torcer para que eles não sejam devorados por algum inseto ou animal. Depois de algum tempo, o ovo eclode e de dentro sai uma pequena larva, uma lagarta. Nessa condição, ela vai viver a maior parte de sua vida, trocando

^(b) Utiliza-se aqui o nome Warburg não apenas como ficção. Aby Warburg foi um Historiador da Arte alemão (1866–1929), conhecido como o pai da Iconologia moderna. Sua grande obra é conhecida como Atlas Mnemosyne, sua história da arte sem imagens, sua iconologia dos intervalos por meio da montagem de imagens que dialogam entre si. São 79 painéis, reunindo cerca de 900 imagens, todas são reproduções de obras, pinturas, gravuras, recortes de jornais, selos postais. Ao montar essas imagens, Warburg colocava os painéis um ao lado do outro, para que elas pudessem entrar em diálogo. Ao pensar nos hiatos de tempo produzido pela leitura e a escrita da dissertação de mestrado, optou-se por criar vazios literários, de uma forma ficcional, construindo um Atlas de Imagens da Medicalização da Vida, assim como o Atlas Mnemosyne de Aby Warburg. Para saber mais sobre a biblioteca de Warburg e o sobre seu Atlas, acessar <http://warburg.library.cornell.edu/>.

várias vezes de pele e crescendo. No momento certo, será envolta por si mesma, em sua pupa, ninfa – ou crisálida –, fase intermediária entre a larva e o nascer. Permanece, então, em silêncio, esperando. A imagem nasce de sua fabricação, de sua imaginação, às vezes, prolonga-se no seu nascer, vai se modificando conforme amadurece o pensamento, conforme as experiências da vida vão se colocando no seu corpo. Por vezes, silencia por uma noite, por vários meses, até que, de súbito, uma nova imagem explode, cintila por um breve instante antes de levantar voo e desaparecer novamente. Imago é o instante em que a borboleta sai de sua crisálida. Quem sabe, um dia, essa borboleta, ou essa imagem, volte até nós novamente'. O Sr. W. permanece ainda com seu pequeno bloco de anotações aberto, olhando para os passantes e viventes. Vagarosamente, guarda suas memórias junto ao bolso do casaco, no lado esquerdo, e sai caminhando rumo ao centro da cidade.

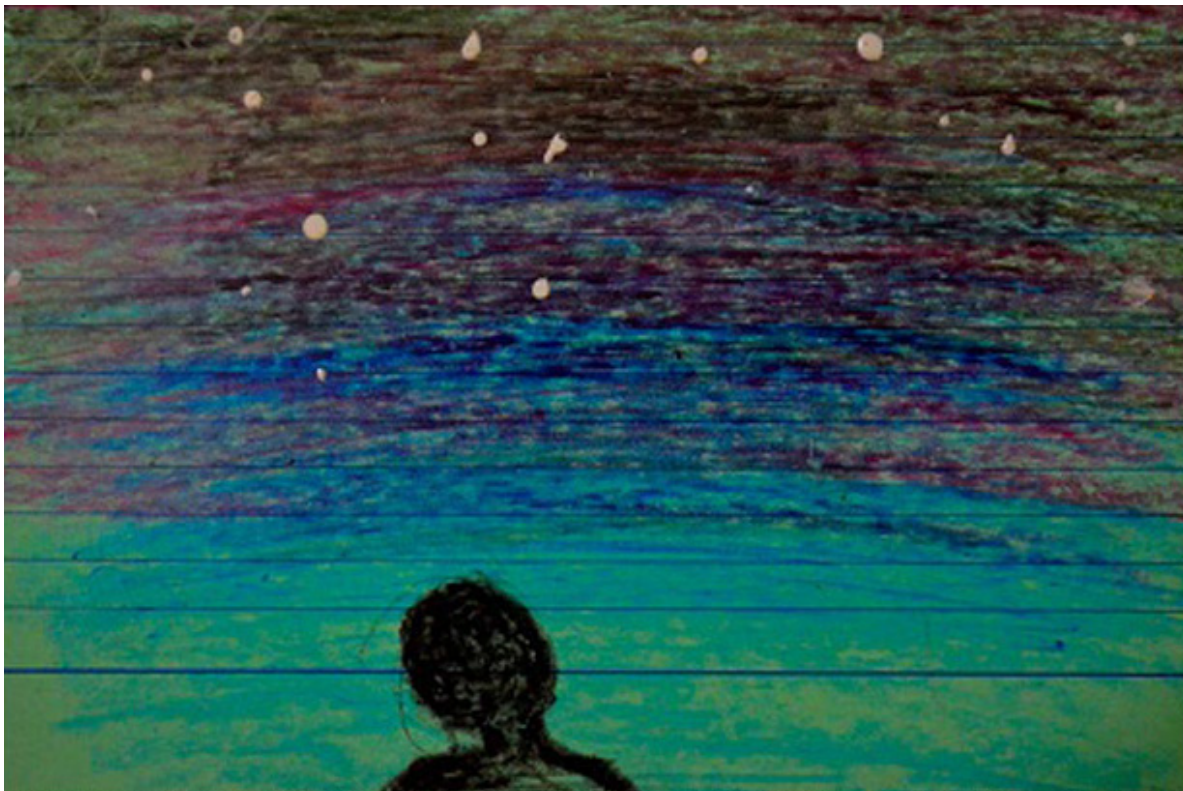
Se numa certa noite, por um feliz acaso, a grande borboleta retornar a nós, atraída pela chama de uma vela, e se acontecer de, ao aproximar-se por demais da chama, ela se tornar cinzas, ainda assim a borboleta permanecerá na memória. As cinzas continuaram vivas, incandescentes, luminosas. Bastará um simples sopro para reavivar o fogo, reencontrar a borboleta com olhos de coruja que se esconde no meio delas. A imagem arde². (p. 62)

#

_17 pm

O Sr. W. tem o costume de escolher lugares diferentes para tomar seu café. Tem alguns preferidos, que, de fato, fazem 'café de verdade', e outros aonde vai só por experimentação ou pela comodidade do percurso. Hoje, ele quer algo especial, não precisamente um 'café de verdade', mas uma imagem que invada seu pensamento. Para o Sr. W., um café tem de ter sabor, aroma, textura, ser bem feito e bem tirado. Não pode ser uma água escura que evoca uma mera lembrança. Uma imagem lembrança do que é um café é o que, muitas vezes, aparece na mesa de Sr. W. Hoje, ele não vai pelo líquido. Vai pelo olhar. Os pensamentos parecem fabricar muitas imagens nesse percurso, e ele caminha olhando para o chão e pensando nas superfícies, nesse chão que berra histórias e em seus próprios atos de olhar. Chega até o antigo hotel, que antigamente acolhia as culturas viajantes, e que, hoje, se inverte e faz a cultura viajar, que irrompe à passagem do olhar, por vezes permanece e, em outras, evanesce. Entra no elevador, solitário. Aperta o botão com o número sete. A porta se fecha. A máquina de elevação, na vertical, sobe suavemente. A porta se abre. Ele sai. Caminha alguns passos e outra porta se abre. Entra. Olha para os cantos à procura de uma mesa vazia. No canto direito, enxerga uma que lhe serve, longe do único casal que ocupa o local. A mesa tem uma vista quase perfeita, para o horizonte onde o lago brota por entre matos e concretos. Infelizmente, entre seu olhar e as águas, monumentos de concreto erguem-se. Em cima da porta de entrada, um relógio marca 17 horas. O sol caminha a passos lentos, esquentando o que resta de um dia. Pede um café. Abre um livro. O Sr. W., além da chave de casa, de sua carteira com os documentos e dinheiro, de seu bloquinho de anotações e seu lápis de escrever pensamentos, sempre carrega consigo um livro. A capa do livro que carrega nesse dia poderia ser vista pelo casal que compartilha o mesmo espaço. Têm um título que sobressai logo abaixo de uma máquina antiga de projetar filmes – 'Homem no Escuro', de Paul Auster. O Sr. W. parece ler, mas seu olhar foge repetidas vezes das páginas do livro. Fica minutos a olhar o longínquo. Foi para isso que ele veio a este local, para deixar os olhos fugirem da superfície. Os minutos caminham e o sol segue seu curso, deitando cada vez mais. Seu pensamento parece voar para lugar nenhum. Dois casais entram, falando alto. Em cima da porta, os ponteiros marcam 17 horas e 50 minutos. O sol começa a querer se esconder por trás da vegetação e das águas. Aos poucos, vai colorindo o final do dia com uma tonalidade que mistura o laranja e o vermelho. O Sr. W. olha para essa imagem e pisca algumas vezes, como se seus olhos fossem máquinas fotográficas tentando captar aquele momento. O Sr. W. nota, nessa coloração, a presença forte do azul – um alaranjado azulado. Ele levanta. Paga o café e sai. Lá embaixo, a noite começa tímida, com tons de vermelho. O frio que vem do lago obriga-o a fechar o casaco e puxar a gola para cima. No horizonte, as tonalidades ainda permanecem. Do lado oposto, a cortina da noite é puxada por pequenos pontos que brilham. O azul noite prevalece na disputa das cores. A noite devora silenciosamente o dia. O Sr. W. segue o caminho de casa.

A noite
me pinga uma estrela no olho
e passa³. (p. 91)



Guilherme Santos Torres, 2014, desenho com giz e caneta colorida

#

_19 pm

○ Sr. W. olha para a organização que fizera na parte da manhã e da tarde. Está tudo preparado. As anotações estão em um lado, perto dos livros a serem usados. As imagens estão no centro, perto dos dez quadros pretos enfileirados um atrás do outro. O Sr. W. passou dois anos pesquisando e organizando todo o material para esse dia. É o dia em que irá, enfim, montar e colar as imagens. Foram dois anos dentro de velhos livros, antigas imagens, vários cadernos de anotações e pensamentos, do vasculhar na internet à procura de referências. De leituras, desleituras. Conversas, imagens encontradas e pensadas que, algumas vezes, o levaram a bifurcar seu caminho nesses setecentos e trinta dias. Olha para o material novamente. Seus pequenos cadernos são enumerados, iniciando no número um até o número 12, o que ele carrega no bolso no momento. O caderno número sete é onde se encontra a estrutura de sua pesquisa. Olha as anotações: 'cem fotos. cem anos. cem fatos. cem acontecimentos. cem histórias recontadas a partir de imagens. cem palavras não ditas'. O trabalho que ocupou Sr. Warburg nesses dois anos foi o de coletar imagens-acontecimentos. Chegou a hora de montá-las e finalizar essa história imagética. Ele pega o caderno de número três e começa a ler uma das anotações 'Como contar cem anos de história por meio de imagens? Como escolher um acontecimento por ano? Mas contar o quê?'. Em outra folha, lê: 'Hoje em conversa com Georges^(c), pensei que talvez pudesse catalogar cem imagens que digam de um acontecimento específico, buscar imagens de um processo histórico e social. Georges me perguntou o que me inquietava, o que não estava na superfície do meu olhar. Demorei a responder a essa pergunta. E não respondi'. O Sr. W. olha para o centro, onde as imagens estão todas juntas, e fala baixinho consigo mesmo - 'Reuni trezentos imagens sobre medicalização da vida'. Caminha até o canto, onde encontra-se sua velha vitrola, escolhe o disco de Blind Willie Johnson e o coloca para tocar. Senta perto das imagens, puxa os caderninhos e anotações sobre as imagens, e, conversando consigo mesmo, enuncia aos montes de palavras e imagens - 'vamos lá, preciso separar, escolher, de trezentos imagens, apenas cem, e agrupar essas cem em dez blocos de dez imagens, cada bloco imagético irá acompanhar dez anos. dez blocos, cem anos'. Em algum lugar um relógio badala sete horas. Lá fora, o azul toma conta da noite.

^(c) O nome Georges, utilizado aqui como um confidente do Sr. W., é um nome ficcionado com o de Georges Didi-Huberman, filósofo e historiador de arte que vem pensando a complexidade das imagens, suas dimensões éticas e políticas. Didi-Huberman é um leitor de Aby Warburg o qual dedica um livro sobre o pensamento e a montagem anacrônica das imagens e do tempo (Para saber mais: A imagem Sobrevivente. História da arte e tempo dos fantasmas segundo Aby Warburg. Rio de Janeiro: Contraponto, 2013).

^(d) Imagens 1 a 3 retiradas da internet dos seguintes endereços, Imagem 1 - Xarope Divino e Imagem 3 - Anúncio dos produtos Tayuya, sabão Aristolino e xarope Grindelia - http://lounge.obviousmag.org/anna_anjos/2012/11/publicidades-antigas-do-brasil.html, Imagem 2 - Anúncio de 1939 - <http://tokdehistoria.com.br/tag/anuncios/>, Imagem 4 - Geniol - <http://www.amenidadesdesign.com.br/2014/03/cabeca-de-geniol-quando-publicidade.html>.

#

_22 pm

○ Sr. Warburg está inquieto nos últimos minutos. No corpo, sinais de incômodo, a dor começa em partes específicas, nas costas e pernas. Muito tempo sentado. Faz três horas que está trabalhando sem parar. 'Mereço um intervalo', pensa consigo mesmo. O Sr. W. levanta-se de sua poltrona. No chão, estão as imagens separadas em dois montes, as que serão usadas, cem imagens, e outras que, nesse momento, não entram na composição dos pensamentos. Três quadros estão montados em pé, como uma tela de pintura. Nesses quadros, imagens estão dispostas, afixadas com um pequeno alfinete. O Sr. W, ao levantar, fica encarando as telas prontas. As mãos fazem massagem na lombar. Os olhos captam as histórias não ditas naquelas imagens. Ao separar as imagens, o Sr. W. pensou que seria mais fácil fazer a composição, a montagem que se encontra à sua frente. Separá-las foi teoricamente fácil. Atrás de cada imagem havia uma anotação: o ano e a situação, o acontecimento a que aquela figura se referia. Difícil foi quando percebeu que não tinha exatamente dez imagens por década, ou uma para cada ano. Dessa forma,

teve de organizar as imagens em blocos que contassem a década apenas, e não uma imagem a cada ano. No primeiro quadro encontram-se sete imagens; no segundo, oito imagens, e, no terceiro, 11 imagens. Trinta anos já estão compostos, montados. De 1925 a 1945. O Sr. W pega o caderninho de anotações com o número seis na frente, passa as páginas lentamente, à procura de uma anotação – ‘Ao observar as imagens, todas elas contêm palavras, mostram-se como um problema. Como contar os últimos cem anos imagetivamente sobre a medicalização sem usar palavras, se a maioria das imagens vinculam palavras? Seriam frases-imagem?’. Fecha seu caderno de anotações e olha novamente para os painéis prontos. Poucas dessas imagens foram tiradas no Brasil. Entre as imagens em preto e branco à sua frente, algumas destacam-se. São fragmentos de uma história. Cascas de um acontecimento. Observa algumas imagens^(d), duas no painel que vai de 1924 a 1929. Uma imagem mostra uma pomba com raios saindo dela em todas as direções, em cima o nome do medicamento ‘xarope divino’; ao lado, palavras escritas com nomes de doenças e, logo abaixo, o dizer: ‘não há remédio igual’. A outra imagem mostra três mulheres, ao redor uma iluminação, próxima ao “divino”, ao milagre, da imagem anterior. Uma propaganda de dois remédios ao mesmo tempo, um xarope e um sabão. Produtos mostrados como milagrosos no combate aos sintomas e doenças. Em outro painel, uma imagem composta de palavras, datada de 1939. Na imagem, uma mulher vestida com uma blusa preta, realçando os seios, com os dizeres: ‘Magros de nascença podem agora obter 2kg numa semana’. Não aparece o nome do produto, apenas a frase. Durante a pesquisa das imagens sobre medicalização, o Sr. W. achou muitas referindo-se a medicamentos e remédios. Algumas, como essa última, mostrando uma outra forma de subjetivação. Em seu arquivo, chegou a organizar imagens de várias décadas sobre o mesmo remédio ou medicamento. É o caso da imagem no terceiro painel, um clássico da propaganda farmacêutica da Argentina. A imagem mostra a caricatura de uma pessoa sorrindo, na cabeça muitos pregos, anzóis, alfinetes. O efeito milagroso do ‘Geniol’ acaba eliminando a dor de cabeça. ‘Como gostaria de um genial agora’, comenta o Sr. W., observando a careca sorridente. Estica o corpo. Caminha um pouco pela biblioteca. Coloca lenha na lareira. Olha o monte de imagens no chão e volta a sentar em sua poltrona.

Pelo termo frase-imagem entendo a união de duas funções esteticamente por definir, isto é, pela maneira como desfazem a relação representativa da imagem pelo texto. No esquema representativo, a parte do texto era a do encadeamento ideal das ações, a parte da imagem era a do suplemento de presença que lhe dá carne e consistência. A frase-imagem derruba esta lógica. No seu seio, a função-frase é sempre a do encadeamento. Mas, doravante, a frase desencadeia-se, tanto que é ela que dá carne. E esta carne ou esta consistência é, paradoxalmente, a da grande passividade das coisas sem razão.⁴ (p. 65)

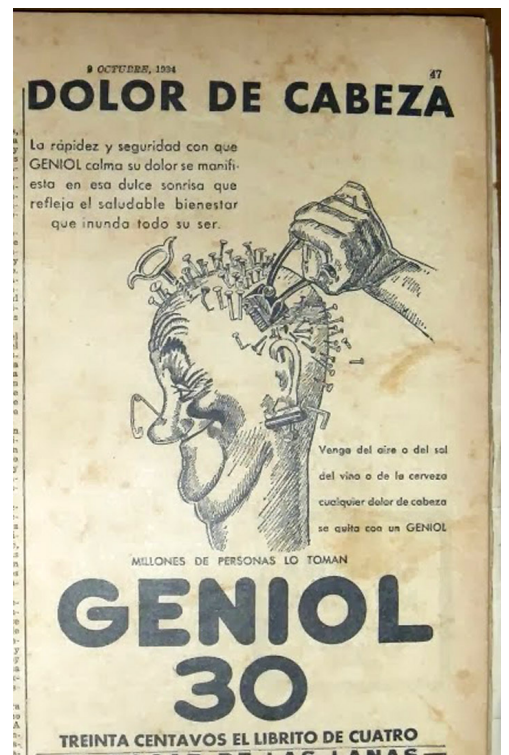
Xarope Divino, internet



Anúncio de 1939, internet



Anúncio dos produtos Tayuya, sabão Aristolino e xarope Grindelia, internet



Geniol, internet

#

_00 am

O cansaço e o sono começam a pesar nos olhos do Sr. W. Os olhos piscam rapidamente, várias vezes. Em algumas piscadelas, permanecem um instante fechados. 'Um café viria bem agora' – pensa, consigo mesmo. O Sr. W. levanta e caminha até a cozinha. O cheiro do café novo sendo passado espalha-se pela casa, invadindo os cantos e despertando os sonos adormecidos. Um cheiro na meia-noite. 'Foi-se o tempo em que conseguia aguentar a noite toda acordado' – o Sr. W. pensa nos tempos de juventude – 'Conseguia virar a noite, lendo, estudando, escrevendo, corrigindo provas e trabalhos'. Resmungando para si mesmo, sorve o café em pequenos goles. O projeto de construir um mapa imagético dos últimos cem anos, de uma história sem palavras, sobre a medicalização da vida, vagou no pensamento do Sr. W. por uns 15 anos. O tempo, como sempre, era curto. Aulas. Seminários. Correções. Viagens. Projetos da Universidade. Bancas. Ao pensar em sua aposentadoria, com seus setenta anos, decidiu retomar esse velho pensamento. Mas, antes, necessitava descansar, preparar-se para isso. Tirou um ano para organizar seu tempo de professor, para despedir-se vagarosamente do ensino. Das orientações. Rever anotações. Artigos. Traduções. Mais um ano para desligar-se gradativamente dos afazeres acadêmicos e, por fim, um ano sabático. De viagens por lugares que ainda não havia visitado, de revisitar seus lugares preferidos, de passar um tempo com os contatos da Paris VIII, da Escola de Altos Estudos em Ciências Sociais de Paris. De tomar cafés nos finais de tarde com os professores, conhecidos da Alemanha, Bélgica, Holanda, EUA. Um ano para amadurecer seu projeto por meio de diálogos. O Sr. W. larga a xícara e volta para sua biblioteca. Olha para os cinco painéis já prontos. Um trabalho de dois anos. De escavação. De memória. De estilhaçar o tempo à procura de instantes. Olhando para as imagens dispostas nos painéis, fica a pensar nas perguntas que o acompanharam ao longo dos últimos anos: 'O que o outro, ao olhar essas imagens, irá pensar? Será que as imagens farão brotar pensamentos? No que elas farão pensar?'. O Sr. W. sabe que não tem essas respostas, e que dificilmente vai ter, a menos que alguém lhe escreva criticando, elogiando, contrariando, duvidando. Mas, até lá, o olhar é apenas o dele, e as possíveis respostas também. Mas ele sabe também que cada imagem, cada composição diz uma coisa e, ao mesmo tempo, várias coisas. Cada instante, acontecimento, poderá ser interpretado, se o observador deixar que a imagem fale com ele, ao se colocar diante dela. Cada interpretação, diferente uma da outra... 'O que vemos quando algo nos olha?', pensa alto. O Sr. W. vai até a janela e fica alguns instantes a fitar, por trás do vidro, a noite. Pensa, ou imagina, ver alguns pontos brilhantes a se apagarem e acenderem. Brilhando aqui. Brilhando mais adiante – 'Será que são vaga-lumes?'. Tenta fixar o olhar para ver outros pontos luminosos na noite. Nada vê. 'Uma imagem vaga-lume, apenas de passagem'. Decide acender a lareira para ver crepitar, dentro da sua biblioteca, os pequenos vaga-lumes. O cheiro do café ainda permanece na casa. Vai sendo levado para a noite como um gosto de perguntas despertas.

#

_04 am

Tento olhar, mas não consigo mais enxergar. Levanto as mãos, trazendo-as próximo ao rosto. Não as vejo. Apenas as sinto. Sinto a penumbra ao meu redor. Olho para todos os lados. Só vejo escuridão. Será que ainda continua noite? Será que ainda estou dormindo, com aquela sensação de estar acordado, de não conseguir acordar do próprio sonho? Tento mexer o resto do corpo. Os membros obedecem. Fecho e abro os olhos, repetidamente. Tudo continua noite. Tudo é escuro. Me desespero. Tento sair da cama e não acho mais minhas roupas. Não me lembro onde estão meus óculos. Deve ser isso. Meus olhos fraquejam a cada dia. Tateio ao redor até achar a cômoda. Sinto os óculos. Fecho os olhos e os mantenho assim por um tempo. Coloco os óculos. Não vejo nada. Só vejo a escuridão. A casa aumenta. Já não sei mais onde as minhas coisas estão. Saio nu a caminhar, tateando as paredes em busca do interruptor. O ar parece mais frio. Meu corpo se arrepia todo. Paro a escutar. Rangidos. Zumbidos no ar. Roço no que parece ser uma planta. Paro novamente. Estalido da madeira. O medo cresce. Será que tem alguém na casa? Devo gritar? Dizer que não enxergo? Não. Pode ser um ladrão

a espreitar. Tudo parece ser tão gigante no escuro. As sensações parecem aumentar. Continuo tateando o escuro, à procura de algo ou alguém. Lembro que estou sozinho. Os olhos lacrimejam. De dor? De medo? De forçarem para ver? Grito. “Tem alguém aí?”. Escuto a resposta: “ai”. “ai”. “ai”. Meus joelhos tremem. Meu corpo despenca. O chão me acolhe, com um baque surdo. O barulho do corpo, ao tocar o chão, ecoa pelos corredores. Minha pele sente o frio do piso. Passo a mão à volta. Sinto os ladrilhos. Já não me lembro de sua forma e cor. Tento olhar, mas não consigo enxergar. As imagens começam a desaparecer.

O Sr. W. acorda. O coração parece querer saltar do peito. Um sonho. Melhor, um pesadelo – pensa o Sr. W. recompondo-se. Olha para o relógio, em cima da mesinha de canto. ‘04 horas. Devo ter adormecido por quase uma hora’. Levanta. O pescoço dói. Lembra que estava com a cabeça caída para trás em sua poltrona. Olha para os painéis. Oito estão finalizados e o nono está pela metade. Rapidamente, passa por sua cabeça que deveria descansar mais um pouco, terminar pela manhã. ‘Falta pouco, vou terminar logo’. As imagens no chão diminuíram. No monte, só restam algumas a serem usadas. Caminha até a lareira, assopra as brasas ainda vivas para reativar o pequeno fogo, acrescenta mais lenha. Desloca-se até a cozinha. Toma uma água e volta para suas imagens e painéis.

#

06 am

‘Dia trezentos e trinta e um.’ O Sr. W escreve em uma folha, continua: ‘Georges, desde ontem à noite me encontro aqui. Daqui a pouco, o dia amanhece’. Olha a sua volta, tudo está organizado. Os livros usados estão nas estantes que preenchem as paredes de sua biblioteca. Os cadernos de anotações continuam empilhados sobre a mesa. As imagens não usadas, nos painéis dentro de um arquivo preto. Os dez painéis pretos, montados, contendo cem imagens dos últimos cem anos, divididos de 1925 a 2015. Dez painéis imagéticos. Imagens de jornais, de revistas, anúncios, propagandas de medicamentos. Xerocados, fotografados, contendo palavras e imagens, ou apenas imagens. Tudo pronto. Finalizado. Dois anos de pesquisa organizados. ‘Agora’, pensa o Sr. W., ‘resta fotografar os murais, separar as imagens escaneadas no computador para montá-las virtualmente e concluir meu atlas sobre a medicalização’. O Sr. W. olha pra tudo com um sorriso no rosto. Olha para fora, pela janela embaçada. Aproxima-se dela, limpa o vidro com a ponta do casaco para ver o lado de fora. A cerração impede um pouco a visibilidade, mas, por entre a opacidade, enxerga um céu azul. O azul toma conta da noite e do dia que se anuncia. O Sr. W. lembra da cena de um filme de que não consegue lembrar o nome. A cena que lhe vem à memória é de duas jovens mulheres que vivenciam um momento antes do nascer do sol, captam com seus silêncios a hora azul. Momento de tranquilidade, de suspensão no tempo. O Sr. W. volta a se sentar e continua sua carta: ‘Acabo de olhar pela janela e estamos naquele momento que é entre o final da noite e o amanhecer, alguns o chamam de hora azul. Tudo é silêncio. Pouco se escuta. Ontem à noite pensei ter visto vaga-lumes por perto. Lembrei-me muito de uma noite que passamos juntos, era alta madrugada e caminhávamos bêbados pelas ruas de sua cidade, avistamos alguns pontos luminosos voando e piscando aqui e ali no meio da rua, começamos a correr atrás dessas luzes e nos deparamos com um bosque cheio de vaga-lumes. Lembras? Foi tão bonito ver aquele baile de luzes na noite... Georges, te escrevo para dizer que terminei meu projeto. Junto com essa carta, seguem os painéis para tua análise. Espero te encontrar logo. Abraços afetuosos. Warburg’. O Sr. W. descansa a caneta sobre o papel. O sono da madrugada passou. Seu pensamento está a todo vapor. Decide caminhar um pouco. Logo, o dia começa a clarear. Caminha em direção à porta. Coloca seu sapato, pega seu casaco, seu chapéu e sai para a rua. Lá fora, a noite se despede aos poucos, a cerração impede a visão e molha o casaco do Sr. W., as gotículas de água que caem criam pequenas lágrimas sobre as folhas. Os passos do Sr. W. ecoam na opacidade da noite que logo será dia.

Referências

1. Didi-Huberman G. Imaginer, disloquer, reconstruire, in Histoire de l'art et anthropologie [Internet]. Paris: INHA, Musée du quai Branly; 2009. [Citado 27 Jul 2009]. Disponível em: <http://actesbranly.revues.org/193>
2. Samain E. Como pensam as imagens. Campinas: Ed. da Unicamp; 2012.
3. Leminski P. Toda poesia. São Paulo: Companhia das Letras; 2013.
4. Rancière J. O destino das imagens. Rio de Janeiro: Contraponto; 2012.

Essa é uma escrita de estilhaços e fragmentos literários presentes na dissertação “Clínica de Uma Vida: estilhaços de educação e[m] saúde”, defendida no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A composição – colagem – montagem da escrita se dá por meio de minicontos ficcionais que narram a história do Sr. Warburg e seu processo de pesquisa sobre possíveis imagens de medicalização da vida. Uma ficção que versa sobre medicalização e clínica; processos de ensino e aprendizagem; educação e saúde coletiva, permeadas por palavras-imagens que inquietam o pensamento.

Palavras-chave: Clínica de Uma Vida. Medicalização da vida. Educação em Saúde. Imagem.

Bits and pieces of a research

This paper consists of literary passages and fragments from the masters' dissertation “Clinic of a Life: bits and pieces of education (in) and health”, presented in the Postgraduate Program in Collective Health at the Federal University of Rio Grande do Sul. The composition – collage – assembly of this writing encompassed fictional short tales narrating the story of Mr. Warburg and his process of research about possible images of the medicalization of life. It is a fictional work addressing medicalization and clinic; teaching and learning processes; education and collective health, pervaded with thought-disrupting image-words.

Keywords: Clinic of life. Medicalization of life. Education in health. Image.

De los fragmentos de una investigación

Este es un escrito de residuos y fragmentos literarios presentes en la disertación: “Clínica de una vida: fragmentos de educación y [en] salud”, defendida en el Programa de Postgrado en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul. La composición – collage – montaje del escrito se realiza por medio de mini-cuentos ficcionales que narran la historia del Sr. Warburg y su proceso de investigación sobre posibles imágenes de medicalización de la vida. Una ficción que trata sobre medicalización y clínica, procesos de enseñanza y aprendizaje, educación y salud colectiva, traspasadas por palabras-imagenes que inquietan el pensamiento.

Palabras clave: Clínica de una vida. Medicalización de la vida. Educación en salud. Imagen

Submetido em 05/04/16. Aprovado em 26/06/16.



Elisandro Rodrigues, Do amanhecer, 2010

**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>
- . LATINDEX - Sistema Regional de Información en Línea para
Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y
Portugal - <<http://www.latindex.unam.mx>>
- . LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências
da Saúde - <<http://www.bireme.org>>
- . Linguistics and Language Behavior Abstracts - LLBA
<<http://www.csa.com.br>>
- . Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe,
España y Portugal - <<http://redalyc.uaemex.mx/>>
- . SciELO Brasil/SciELO Social Sciences
<<http://www.scielo.br/icse>>
<<http://socialsciences.scielo.org/icse>>
- . SciELO Citation Index (Thomson Reuters)
<<http://thomsonreuters.com/scielo-citationindex/>>
- . SciELO Saúde Pública
<www.scielosp.org.br>
- . Social Planning/Policy & Development Abstracts
<<http://www.cabi.org>>
- . Scopus - <<http://info.scopus.com>>
- . SocINDEX - <[http://www.ebscohost.com/
biomedical-libraries/socindex](http://www.ebscohost.com/biomedical-libraries/socindex)>
- . CSA Sociological Abstracts - <<http://www.csa.com>>
- . CSA Social Services Abstracts - <<http://www.csa.com>>

TEXTO COMPLETO EM

- . <<http://www.scielo.br/icse>>
- . <<http://www.interface.org.br>>

SECRETARIA/OFFICE/SECRETARÍA
Interface - Comunicação, Saúde, Educação
Distrito de Rubião Junior, s/nº - Campus da Unesp
Caixa Postal 592
Botucatu - SP - Brasil 18.618-000
Fone/fax: (5514) 3880.1927
intface@fmb.unesp.br www.interface.org.br

INTERFACE

Superfície de contato, de
tradução, de articulação
entre dois espaços, duas
espécies, duas ordens de
realidade diferentes

Pierre Lévy