



 interface

comunicação, saúde, educação

2018; 22(65) ISSN 1807-5762

UNESP

Interface - Comunicação, Saúde, Educação é uma publicação interdisciplinar, trimestral, editada pela Unesp (Laboratório de Educação e Comunicação em Saúde, Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu), 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), 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), 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 Python Cyrino, Unesp

EDITORES/EDITORS/EDITORES
Denise Martin Coviello, Unifesp e UNISANTOS
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 ASSISTENTES
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 ASSOCIADOS
Ana Domínguez Mon, UBA, Argentina
Aylene Emilia Moraes Bousquat, USP
Barbara Eleonora Bezerra Cabral, Univasf
Cássio Silveira, FCM, Santa Casa
Charles Dalcanale Tesser, UFSC
Chiara Pussetti, Universidade de Lisboa, Portugal
Eliana Goldfarb Cyrino, Unesp
Elizabeth Maria Freire de Araújo Lima, USP
Elisabeth Meloni Vieira, USP
Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, USP
Fátima Corrêa Oliver, USP
Fernando Altair Pochay, UERJ
Janine Miranda Cardoso, FioCruz
Joana Raquel Santos de Almeida, University of London, Inglaterra
Lígia Amparo da Silva Santos, UFBA
Lilian Koifman, UFF
Luciano Bezerra Gomes, UFPB
Marcelo Viana da Costa, UERN
Maria Dionísia do Amaral Dias, Unesp
Mônica Petracci, UBA, Argentina
Patricia Karina Natália Schwarz, UBA, Argentina
Rosamaria Giatti Carneiro, UNB
Rosana Teresa Onocko Campos - Unicamp
Sérgio Resende Carvalho, Unicamp
Simone Mainieri Paulon, UFRGS
Tiago Correia, CIES, Lisboa, Portugal
Victoria Maria Brant Ribeiro, UFRJ

EDITOR DE DEBATES/DEBATES EDITOR/EDITOR DE DEBATES
Felipe de Oliveira Lopes Cavalcanti, Fiocruz

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 CREACIÓN
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
Felipe Alves Peres
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
Luciana Pizzani
Rosemary Cristina da Silva
Revisão de textos/Text revision/Revisión de textos
Angela Castello Branco (Português/Portuguese/Potuguês)
Liane Christine L. P. Pilon (Português/Portuguese/Potuguês)
James Allen (Inglês/English/Inglés)
Maria Jesus Carbajal Rodriguez (Espanhol/Spanish/Español)
Web design
Ester Campos Mello de Andrade
Manutenção do website/Website support/Manutención del sitio
Felipe Alves Peres
Rodrigo A. Chiarelli Gonçalves

Capa/Cover/Portada: Elaborada a partir de fotografia de xilogravura de Gisele Asanuma sobre janela. Crédito de Isabela Valent.

**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
Aluísio Gomes da Silva Junior, UFF
André Martins Vilar de Carvalho, UFRJ
Andrea Caprara, UECE
Angelica Maria Bicudo, Unicamp
Anne Christine Damasio, UFRN
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
Dagmar Elisabeth Estermann Meyer, UFRGS
Daniel Catalan Matamoros, Universidad Carlos III de Madrid,
Espanha
Diego Gracia, Universidad Complutense de Madrid, Espanha
Ednalva Maciel Neves, UFPB
Eduardo L. Menéndez, CIESAS, México
Fernando Peñaranda Correa, UFPr
Flavia Helena Miranda de Araújo Freire, UnP
Francisco Javier Uribe Rivera, Fiocruz
Gastão Wagner de Sousa Campos, Unicamp
George Dantas de Azevedo, UFRN
Graça Carapinheiro, ISCTE, Portugal
Guilherme Souza Cavalcanti, UFPr
Gustavo Nunes de Oliveira, UnB
Helena Maria Scherlowski Leal David, UERJ
Hugo Mercer, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Ildeberto Muniz de Almeida, Unesp
Inesita Soares de Araújo, Fiocruz
Isabel Fernandes, Universidade de Lisboa, Portugal
Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, UFCE
Jairnilson da Silva Paim, UFBA
Jesús Arroyave, Universidad del Norte, Colômbia
John Le Carreño, Universidade Adventista, Chile
José Ivo dos Santos Pedrosa, UFPI
José Luis Terrón Blanco, Universitat Autònoma de Barcelona,
Espanha
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
Leila Sollberger Jeolás, UEL
Leonor Graciela Natansohn, UFBA
Lia Geraldo da Silva Batista, UFPE

Luciana Kind do Nascimento, PUCMG
Luis Behares, Universidad de la Republica Uruguai, Uruguai
Luiz Carlos de Oliveira Cecílio, Unifesp
Lydia Feito Grande, Universidad Complutense de Madrid,
Espanha
Magda Dimenstein, UFRN
Marcelo Dalla Vecchia, UF São João Del Rei
Marcelo Eduardo Pfeiffer Castellanos, UFBA
Márcia Thereza Couto Falcão, USP
Marco Akerman, USP
Marcos Antonio Pellegrini, Universidade Federal de Roraima
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 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 Lioila Ponte de Souza, Fiocruz
Miguel Montagner, UnB
Mônica Lourdes Franch Gutiérrez, UFPB
Naomar de Almeida Filho, UFBA
Neusi Aparecida Navas Berbel, UEL
Nildo Alves Batista, Unifesp
Paulo Henrique Martins, UFPE
Paulo Roberto Gibaldi Vaz, UFRJ
Raquel Rigotto, UFCE
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
Rogério Miranda Gomes, UFPR
Roseni Pinheiro, UERJ
Russel Parry Scott, UFPE
Sandra Noemí Cucurullo de Caponi, UFSC
Sergio Tavares de Almeida Rego, Fiocruz
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
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CAPES
Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
(FAPESP)

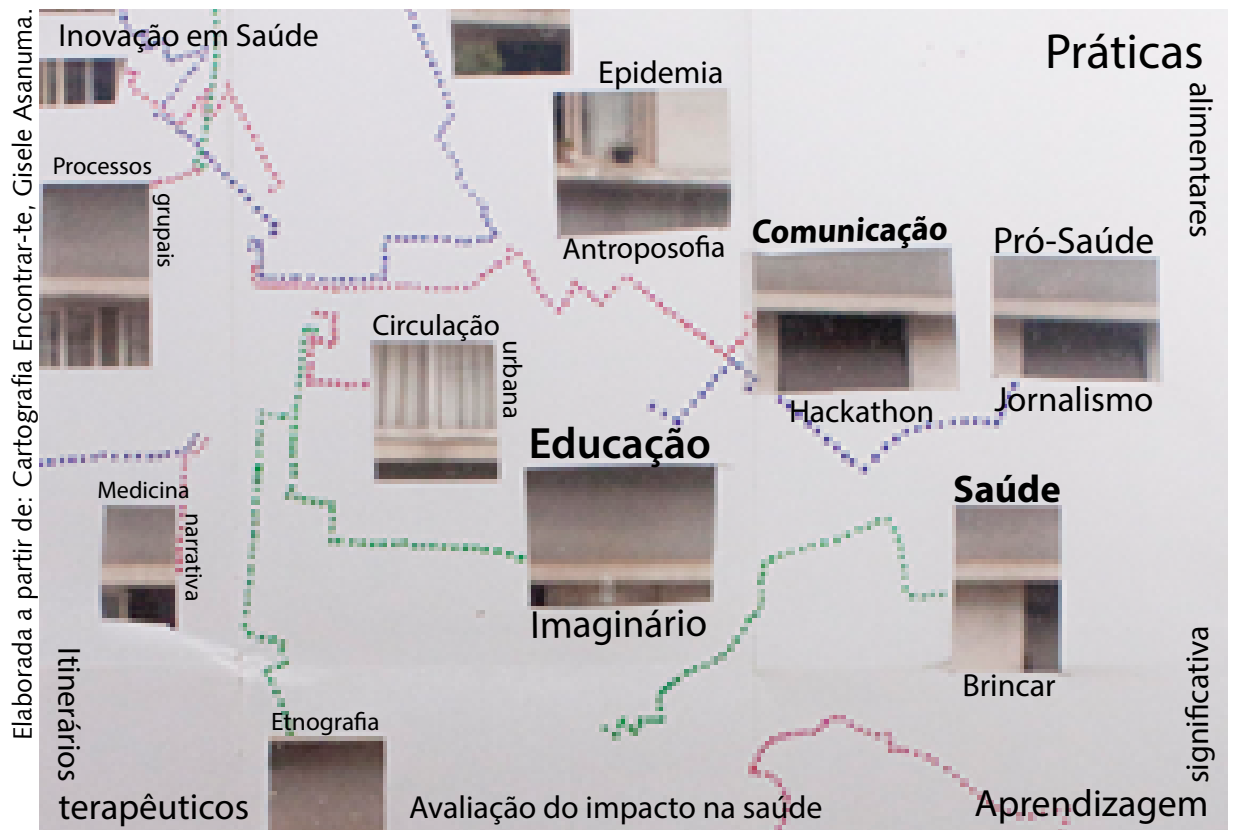
INDEXADA EM/INDEXED/ABSTRACT IN/INDEXADA EN

. 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 - comunicação, saúde, educação/
UNESP, 2017; 21(63)
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
| UNESP

Filiada à



Associação Brasileira de
Editores Científicos

editorial

- 331 Ciências Humanas e Naturais: diálogos e políticas de colaboração
Nikolás Rose; Sérgio Resende Carvalho; Cathana Freitas de Oliveira

artigos

- 337 Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de Medicina Preventiva no estado de São Paulo (1948-1967)
André Mota; Lília Blima Schraiber; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
- 349 Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) no Brasil e América Latina: uma ferramenta essencial a projetos, planos e políticas
Karina Camasmie Abe; Simone Georges El Khouri Miraglia
- 359 Das palavras aos atos: o direito à saúde no Rio Negro, Argentina
Soledad Analía Perez; Serena Perner
- 373 Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepção de usuários e profissionais
Thaís Lopes Friedrich; Xavéle Braatz Petermann; Silvana Basso Miolo; Hedioneia Maria Foletto Pivetta
- 387 A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento
Mariana Figueiredo Souza Gomide; Ione Carvalho Pinto; Alexandre Fávero Bulgarelli; Alba Lúcia Pinheiro dos Santos; Maria del Pilar Serrano Gallardo
- 399 Da expectativa à experiência: humanização do parto no Sistema Único de Saúde
Marília Mendes de Souza Teixeira; Sara León Spesny Dos Santos
- 411 Aspectos sociais na identificação de problemas de saúde mental em crianças em dois serviços de saúde em Paris, França.
Eunice Nakamura; Maëlle Planche; Alain Ehrenberg
- 423 Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte
Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus; Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo; Marina Ferreira de Medeiros Mendes; Isabella Chagas Samico
- 435 Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil: transformações e ressignificações
Tatiana Coura Oliveira; Dina Czeresnia; Eliane Portes Vargas; Denise Cavalcante de Barros
- 447 Maratonas hackers no Brasil com desafios no campo da Saúde
Francini Lube Guizardi; Karina Fernandes dos Santos; Ana Silvia Pavani Lemos; Fernanda Maria Duarte Severo
- 461 Responsabilidade e sentimento de culpa: uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica
Tereza Cristina Peixoto; Izabel Christina Friche Passos; Maria José Menezes Brito
- 473 Humanidades e ciência: uma leitura a partir da Bioética de Van Rensselaer (V. R.) Potter
Diego Carlos Zanella
- 481 O vitiligo como uma doença psicossocial: apreensões de pacientes marcados pelo branco
Emerson Araújo Do Bú; Maria Edna Silva de Alexandre; Anderson Scardua; Cristina Ruan Ferreira de Araújo

- 493 É melhor prevenir do que remediar: a doença imaginária no jornalismo
Denise Cristina Ayres Gomes
- 505 Mães Waldorf: gestação e parto na comunidade antroposófica
Raquel Littério de Bastos; Pedro Paulo Gomes Pereira
- 517 Programa de Aprimoramento e Revitalização do Conhecimento na Enfermagem e Saúde
Luiz Anildo Anacleto da Silva; Rafael Marcelo Soder; Cíntia Cristina Oliveski; Mirian Natali Frizzo
- 527 Revisitar processos: revisão da matriz curricular do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo
Andrea Perosa Saigh Jurdi; Stella Maris Nicolau; Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo; Rosana Aparecida Salvador Rossit; Viviane Santalucia Maximino
- 539 Identidade do sanitário no Brasil: percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva
Vinício Oliveira da Silva; Isabela Cardoso de Matos Pinto
- 551 Desenvolvimento de competências relacionadas ao cuidado das pessoas com deficiência entre estudantes das profissões da saúde: um estudo piloto
Shamyry Sulyvan Castro; Michael Rowe; Luana Foroni Andrade; Eliana Goldfarb Cyrino
- 565 Ações de reorientação da formação profissional em Fisioterapia: enfoque sobre cenários de prática
Ana Paula Maihack Gauer; Fátima Ferretti; Carla Rosane Paz Arruda Teo; Lucimare Ferraz; Maria Cristina Flores Soares
- 577 Integrando emoções e racionalidades para o desenvolvimento de competência nas metodologias ativas de aprendizagem
Carlos Alberto Mourthé Junior; Valéria Vernaschi Lima; Roberto de Queiroz Padilha

revisão

- 589 Publicidade de alimentos e bebidas no Brasil: revisão de literatura científica sobre regulação e autorregulação de propagandas
Aline Kassahara; Flavia Mori Sarti

espaço aberto

- 603 Inventários das brincadeiras e do brincar: ativando uma memória dos afetos
Andrea Perosa Saigh Jurdi; Carla Cilene Baptista Silva; Flavia Liberman
- 609 O ensino de promoção e educação em saúde para sanitários
Roberto Henrique Amorim de Medeiros
- 621 Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina
Lenita Barreto Lorena Claro; Anna Alice Amorim Mendes

entrevistas

- 631 TDAH, aprimoramento e medicalização no âmbito da Saúde Mental Global: uma entrevista com İlina Singh (Parte 2)
Luís Henrique Sacchi dos Santos; Claudia Rodrigues de Freitas

resenhas

- 643 Mortais - autonomia e solidariedade em resposta à insuficiência da medicina
Daniel Lima Azevedo

criação

- 649 Encontrar-te: trajetórias poéticas e invenção de lugares
Gisele Dozono Asanuma; Isabela Umbuzêiro Valent; Mariana Louver Mendes

editorial

- 331 Human and Natural Sciences: dialogues and politics of collaboration
Nikolas Rose; Sérgio Resende Carvalho; Cathana Freitas de Oliveira

articles

- 337 Developmentalism and preventivism at the root of Collective Health: teaching reforms and the creation of medical schools and departments of Preventive Medicine in Sao Paulo state, Brazil, 1948-1967
André Mota; Lília Blima Schraiber; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
- 349 Health Impact Assessment (HIA) in Brazil and Latin America: an essential tool for projects, plans and policies
Karina Camasmie Abe; Simone Georges El Khouri Miraglia
- 359 From words to deeds: the right to health in Rio Negro, Argentina
Soledad Analía Perez; Serena Perner
- 373 Motivations for collective practices in Primary Care: perception of users and professionals
Thaís Lopes Friedrich; Xavéle Braatz Petermann; Silvana Basso Miolo; Hedioneia Maria Foletto Pivetta
- 387 User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care
Mariana Figueiredo Souza Gomide; Ione Carvalho Pinto; Alexandre Fávero Bulgarelli; Alba Lúcia Pinheiro dos Santos; Maria del Pilar Serrano Gallardo
- 399 From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System
Marília Mendes de Souza Teixeira; Sara León Spesny Dos Santos
- 411 The social aspects in the identification of children's mental health problems in two health services in Paris, France
Eunice Nakamura; Maëlle Planche; Alain Ehrenberg
- 423 Health care professionals' perceptions of coordination between levels of care in two large municipalities in the State of Pernambuco, Brazil
Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus; Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo; Marina Ferreira de Medeiros Mendes; Isabella Chagas Samico
- 435 The food practice concepts of Rio de Janeiro's lower class women: transformation and reinterpretation
Tatiana Coura Oliveira; Dina Czeresnia; Eliane Portes Vargas; Denise Cavalcante de Barros
- 447 Hackathons in Brazil and the challenges they pose to the field of health
Francini Lube Guizardi; Karina Fernandes dos Santos; Ana Silvia Pavani Lemos; Fernanda Maria Duarte Severo
- 461 Responsibility and guilt: paradoxical feelings among professionals from a pediatric intensive care unit
Tereza Cristina Peixoto; Izabel Christina Friche Passos; Maria José Menezes Brito
- 473 The humanities and the sciences: a reading from Van Rensselaer Potter's Bioethics
Diego Carlos Zanella
- 481 Vitiligo as a psychosocial disease: apprehensions of patients imprinted by the white
Emerson Araújo Do Bú; Maria Edna Silva de Alexandre; Anderson Scardua; Cristina Ruan Ferreira de Araújo
- 493 An ounce of prevention is worth a ton of cure: imaginary diseases in journalism
Denise Cristina Ayres Gomes
- 505 Waldorf mothers: pregnancy and birth in an anthroposophical community
Raquel Littério de Bastos; Pedro Paulo Gomes Pereira
- 517 Program for Improvement and Revitalization of Knowledge in Nursing and Health
Luiz Anildo Anacleto da Silva; Rafael Marcelo Soder; Cíntia Cristina Oliveski; Mirian Natali Frizzo
- 527 Reviewing processes: the Occupational Therapy curricular framework of the Federal University of Sao Paulo
Andrea Perosa Saigh Jurdi; Stella Maris Nicolau; Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo; Rosana Aparecida Salvador Rossit; Viviane Santalúcia Maximino
- 539 The identity of the Public Health professional in Brazil: perceptions of Public Health/Collective students and graduates of undergraduate courses
Vinício Oliveira da Silva; Isabela Cardoso de Matos Pinto
- 551 Developing competencies among health professions students related to the care of people with disabilities: a pilot study
Shamyr Sulyvan Castro; Michael Rowe; Luana Foroni Andrade; Eliana Goldfarb Cyrino
- 565 Reorientation of professional education in Physiotherapy: a focus on practice settings
Ana Paula Maihack Gauer; Fátima Ferretti; Carla Rosane Paz Arruda Teo; Lucimare Ferraz; Maria Cristina Flores Soares
- 577 Integrating emotions and rationalities for the development of competence in active learning methodologies
Carlos Alberto Mourthé Junior; Valéria Vernaschi Lima; Roberto de Queiroz Padilha

review

- 589 Marketing of food and beverage in Brazil: scientific literature review on regulation and self-regulation of advertisements
Aline Kassahara; Flavia Mori Sarti

open space

- 603 Inventories of games and of playing: activating a memory of affections
Andrea Perosa Saigh Jurdi; Carla Cilene Baptista Silva; Flavia Liberman
- 609 The teaching of health promotion and education for public health physicians
Roberto Henrique Amorim de Medeiros
- 621 An experience of using narratives in medical students' education
Lenita Barreto Lorena Claro; Anna Alice Amorim Mendes

interviews

- 631 ADHD, enhancement and medicalization in mental global health: an interview with Ilina Singh (Part 2)
Luís Henrique Sacchi dos Santos; Claudia Rodrigues de Freitas

reviews

- 643 Mortals - autonomy and solidarity in response to the insufficiency of medicine
Daniel Lima Azevedo

creation

- 649 Encontrar-te: poetic routes and invention of places
Gisele Dozono Asanuma; Isabela Umbuzeiro Valent; Mariana Louver Mendes

editorial

- 331 Ciências Humanas y Naturales: diálogos y políticas de colaboración
Nikolas Rose; Sérgio Resende Carvalho; Cathana Freitas de Oliveira

artículos

- 337 Desarrollismo y prevención en las raíces de la Salud Colectiva: reformas de la enseñanza y de la creación de escuelas médicas y departamentos de Medicina Preventiva en el estado de São Paulo, Brasil, 1948-1967
André Mota; Lilia Blima Schraiber; José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres
- 349 Evaluación de Impacto a la Salud (EIS) en Brasil y América Latina: una herramienta esencial para los proyectos, planes y las políticas
Karina Camasmie Abe; Simone Georges El Khouri Miraglia
- 359 Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina
Soledad Analía Perez; Serena Perner
- 373 Motivaciones para prácticas colectivas en la Atención Básica: percepción de usuarios y profesionales
Thais Lopes Friedrich; Xavéle Braatz Petermann; Silvana Basso Miolo; Hedioneia Maria Foletto Pivetta
- 387 La satisfacción del usuario con la atención primaria a la salud: un análisis del proceso y de la acogida
Mariana Figueiredo Souza Gomide; Ione Carvalho Pinto; Alexandre Fávero Bulgarelli; Alba Lúcia Pinheiro dos Santos; Maria del Pilar Serrano Gallardo
- 399 De la expectativa a la experiencia: humanización del parto en el Sistema Brasileño de Salud
Marília Mendes de Souza Teixeira; Sara León Spesny Dos Santos
- 411 Aspectos sociales en la identificación de problemas de salud mental en niños en dos servicios de salud en París, Francia
Eunice Nakamura; Maëlle Planche; Alain Ehrenberg
- 423 Percepción de los profesionales sobre la coordinación entre niveles de atención a la salud en dos municipios de gran porte del Estado de Pernambuco, Brasil
Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus; Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo; Marina Ferreira de Medeiros Mendes; Isabella Chagas Samico
- 435 Concepciones sobre prácticas alimentarias en mujeres de clases populares en Río de Janeiro, Estado de Río de Janeiro, Brasil: transformaciones y resignificaciones
Tatiana Coura Oliveira; Dina Czeresnia; Eliane Portes Vargas; Denise Cavalcante de Barros
- 447 Maratones hackers en Brasil con desafíos en el campo de la Salud
Francini Lube Guizardi; Karina Fernandes dos Santos; Ana Silvia Pavani Lemos; Fernanda Maria Duarte Severo
- 461 Responsabilidad y sentimiento de culpa: una vivencia paradójica de los profesionales de terapia intensiva pediátrica
Tereza Cristina Peixoto; Izabel Christina Friche Passos; Maria José Menezes Brito
- 473 Humanidades y ciencia: una lectura a partir de la Bioética de Van Rensselaer Potter
Diego Carlos Zanella
- 481 El vitiligo como una enfermedad psicosocial: comprensión de pacientes marcados por lo blanco
Emerson Araújo Do Bú; Maria Edna Silva de Alexandre; Anderson Scardua; Cristina Ruan Ferreira de Araújo

- 493 Es mejor prevenir que remediar: la enfermedad imaginaria en el periodismo
Denise Cristina Ayres Gomes
- 505 Madres Waldorf: gestación y parto en la comunidad antropológica
Raquel Littério de Bastos; Pedro Paulo Gomes Pereira
- 517 Programa de Mejoramiento y Revitalización del Conocimiento en Enfermería y Salud
Luiz Anildo Anacleto da Silva; Rafael Marcelo Soder; Cíntia Cristina Oliveski; Mirian Natali Frizzo
- 527 Revisitar procesos: revisión de la matriz curricular del curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Paulo
Andrea Perosa Saigh Jurdi; Stella Maris Nicolau; Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo; Rosana Aparecida Salvador Rossit; Viviane Santalucía Maximino
- 539 Identidad del sanitarista en Brasil: percepciones de estudiantes y egresados de los cursos de graduación en Salud Pública/Colectiva
Vinício Oliveira da Silva; Isabela Cardoso de Matos Pinto
- 551 Desarrollo de competencias relacionadas al cuidado de las personas con discapacidad entre estudiantes de las profesiones de la salud: un estudio piloto
Shamyr Sulyvan Castro; Michael Rowe; Luana Foroni Andrade; Eliana Goldfarb Cyrino
- 565 Acciones de reorientación de la formación profesional en Fisioterapia: enfoque sobre escenarios de práctica
Ana Paula Maihack Gauer; Fátima Ferretti; Carla Rosane Paz Arruda Teo; Lucimare Ferraz; Maria Cristina Flores Soares
- 577 Integración de emociones y racionalidades para el desarrollo de competencia en las metodologías activas de aprendizaje
Carlos Alberto Mourthé Junior; Valéria Vernaschi Lima; Roberto de Queiroz Padilha

revisión

- 589 Publicidad de alimentos y bebidas en Brasil: revisión de la literatura científica sobre regulación y auto-regulación de propagandas
Aline Kassahara; Flavia Mori Sarti

espacio abierto

- 603 Inventarios de los juegos y del jugar: activación de una memoria de los afectos
Andrea Perosa Saigh Jurdi; Carla Cilene Baptista Silva; Flavia Liberman
- 609 La enseñanza de promoción y educación en salud para sanitaristas
Roberto Henrique Amorim de Medeiros
- 621 Una experiencia del uso de narrativas en la formación de estudiantes de medicina
Lenita Barreto Lorena Claro; Anna Alice Amorim Mendes

entrevistas

- 631 TDAH, mejora y medicalización en el marco de la salud mental global: una entrevista con Ilna Singh (Parte 2)
Luís Henrique Sacchi dos Santos; Claudia Rodrigues de Freitas

reseñas

- 643 Mortales - autonomía y solidaridad en respuesta a la insuficiencia de la medicina
Daniel Lima Azevedo

creación

- 649 Encontrarte: trayectos poéticos e invención de lugares
Gisele Dozono Asanuma; Isabela Umbuzeiro Valent; Mariana Louver Mendes

Ciências Humanas e Naturais: diálogos e política de colaboração

A interdisciplinaridade é cada vez mais necessária. É um requisito epistemológico, pois os objetos que queremos compreender não se restringem aos limites estabelecidos das disciplinas. É um requisito organizacional, pois precisamos sacudir as estruturas ossificadas das universidades, seus enclaves e rivalidades departamentais e é, também, um requisito pragmático, pois a natureza de muitos problemas que queremos compreender requer a colaboração de especialistas com uma ampla variedade de formações acadêmicas¹.

As questões difíceis levantadas pelo diálogo entre campos disciplinares diferentes são especialmente pertinentes nas relações entre as ciências da vida e as ciências sociais. As relações entre esses dois domínios do conhecimento foram intensas durante o século XIX – as ciências da vida frequentemente expressando suas preocupações por meio de metáforas tomadas da vida social de sua época e as ciências sociais emprestavam das ciências da vida várias metáforas e modelos, sugerindo, muitas vezes, que os elementos principais da vida humana eram moldados por sua biologia. Porém, durante o século XX, essas interações foram sendo gradualmente substituídas por hostilidade e suspeitas mútuas, especialmente quando a biologia e a genética do século XX foram associadas ao reducionismo e ao determinismo, e a ciência social pareceu desejar purificar-se, distanciando-se da biologia.

Com o desenrolar de nosso próprio século, as possibilidades de interação parecem mais positivas. Hoje, muitos cientistas da vida – na genômica, na neurociência, na biomedicina – reconhecem que as antigas distinções entre um organismo e seu entorno não são mais viáveis e que, para usar uma frase que está se tornando um clichê, o meio-ambiente não está apenas ‘lá fora’, mas ‘entra debaixo da pele’. Nesse emergente ‘estilo de pensamento’^(a), que é, pelo menos parcialmente, não-reducionista e não determinista, o discurso de verdade da genômica contemporânea não vê mais os genes como as entidades ocultas que nos determinam².

No entanto, ao mesmo tempo em que o determinismo genético é rejeitado ou questionado, novas estratégias estão surgindo buscando intervir em sequências de DNA, as quais, de uma maneira nova, estão sendo vistas como centrais para a saúde e a doença. Ao redor do mundo, pesquisadores e responsáveis por políticas públicas evidenciam sua fé na *big data*, ligando o sequenciamento completo do genoma de milhares de indivíduos a estilos de vida e informações sobre saúde, para que tais dados sejam analisados por algoritmos buscando produzir uma ‘medicina de precisão’. Assim, a vitalidade é molecularizada e a vida tornou-se aberta à política em nível molecular. De maneira mais geral, os organismos, incluindo os humanos, “são vistos como sendo constituídos por mecanismos vitais inteligíveis entre entidades moleculares” que podem ser objeto de intervenção, intervenção esta que deixou de ser restringida pela aparente normatividade de uma ordem vital natural² (p.6). A biologia agora é vista não como destino, mas como oportunidade².

Considere, por exemplo, o nascimento recente e bem-sucedido de uma criança por meio do transplante de útero de uma amiga para uma mulher que não tinha capacidade de se reproduzir (...) considere o uso de drogas para regular todos os tipos de capacidades humanas, seja o Viagra, sejam os assim chamados potencializadores cognitivos. Tudo isso sugere que, quanto mais sabemos sobre a base biológica de qualquer característica, mais podemos reverter, construir e descobrir os fundamentos moleculares ou biológicos daquela característica. Ou,

^(a) ‘Estilo de pensamento’ é uma maneira particular de pensar, ver e agir. O termo deriva do trabalho de Ludwick Fleck, especialmente de sua obra *Origin and Development of a Scientific Fact [Gênese e Desenvolvimento de um Fato Científico]* (1935). Envolve, por exemplo, ser membro de uma comunidade de pensamento em uma disciplina e ter um conhecimento detalhado de suas relações de poder e status. “Não é apenas sobre uma certa forma de explicação, sobre o que significa explicar; é, também, sobre o que há para ser explicado” (p. 12).

pelo menos, esse é o sonho – em princípio, quanto mais sabemos, mais somos capazes de intervir³.

Desde a metade do século XIX, as autoridades políticas, aliadas a muitas outras – médicos, biólogos, educadores, etc. –, assumiram a tarefa de gerenciar a vida por meio tanto das disciplinas do corpo quanto pela biopolítica. Essas estratégias intelectuais e políticas foram iniciadas principalmente, em diferentes níveis de governo, por filantropos, médicos reformistas e instituições, organizações religiosas, fundos de bem-estar social e assim por diante. Essa biopolítica assumiu várias formas: a administração de cidades e da sociabilidade em nome da minimização do adoecimento, o gerenciamento de nascimentos e mortes, e assim por diante. Assim, o nascimento da biopolítica:

ligou-se inextricavelmente à ascensão das ciências da vida, das ciências humanas, da medicina clínica. Originou técnicas, tecnologias, especialistas e equipamentos para o cuidado e o gerenciamento da vida de cada indivíduo e de todos os indivíduos, do planejamento de cidades aos serviços de saúde² (p. 54).

As ciências sociais e as ciências da vida compartilham uma longa história; portanto, é possível pensar que, como os estilos de pensar na biologia se transformam, talvez os ‘estilos de pensamento’ naquelas disciplinas que buscam compreender as organizações sociais e suas consequências deveriam, também, se transformar.

O gerenciamento da nossa existência corpórea tornou-se uma das exigências éticas centrais do nosso presente. Deixou de ser um assunto restrito à elite ou àqueles que aderem a um culto particular do corpo e se tornou uma das maneiras centrais nas quais todos, e cada um de nós, somos obrigados a gerenciar nossa vida diária e nossa existência, em termos de dieta, consumo de álcool, exercícios, em termos do uso de drogas de vários tipos para regular os processos corporais, sejam elas estatinas para reduzir o risco de ataque cardíaco ou derrame cerebral, ou drogas para gerenciar nossa sexualidade, como o Viagra. Esse é o significado quando nos referimos ao ‘nascimento’ de um ‘indivíduo somático’ – não tanto como uma realidade nova, mas como o objeto e o alvo do conhecimento, da intervenção e de práticas éticas junto a nossa existência cotidiana. À medida que nossa existência se torna ‘somática’, nossa ‘corporalidade’ se torna central para a nossa compreensão sobre o que os seres humanos são, o que devem fazer e que expectativas podem ter. Isso não substitui o indivíduo psicológico que se tornou hegemônico durante o século XX⁴; ao invés disso, complementa e suplementa essa perspectiva.

Nessa nova forma de subjetivação, podemos ver ‘novos conceitos de ‘cidadania biológica’ e “novas expectativas dos seres humanos em relação ao seu adoecimento” e também em relação as suas ‘vidas em si, que “reorganizam as relações entre os indivíduos e as autoridades biomédicas, e remodelam as maneiras pelas quais os seres humanos se relacionam consigo mesmo enquanto ‘indivíduos somáticos’. Essa atenção ao somático, que vem incluindo, cada vez mais, a gestão da existência neurobiológica, deixou de ser restringida pelos polos da saúde e da doença. Muitas intervenções, hoje, buscam otimizar a vida – e não apenas prevenir e curar doenças e reabilitar pacientes –, “agindo no presente para assegurar o melhor futuro possível àqueles que são seus sujeitos”. Assim, as tecnologias biomédicas incorporam visões controversas do que poderia ser, na vida humana individual e/ou coletiva, verdadeiramente, um estado ótimo². Segundo aprendemos com Michel Foucault, precisamos estar atentos à história

de nosso presente, não porque nos interessamos pelo passado, mas sim porque nos interessamos em intervir em futuros possíveis – e isso demanda ações no presente.

Esses desenvolvimentos têm consequências importantes para a política da vida e para as relações entre as Ciências Humanas e com as Ciências Naturais. Oferecem a oportunidade de ultrapassar o comentário e a crítica, e abrem novas oportunidades para uma relação diferente com o biológico. As humanidades podem e devem usar suas ferramentas metodológicas e teóricas para contribuir para uma análise crítica das tecnologias biomédicas contemporâneas, enfatizando o que aprendemos nas últimas décadas de pesquisa: que nossas capacidades (neuro) biológicas estão ligadas a ‘teias’ culturais, semióticas, corporais, societárias e estéticas – e vice-versa⁵. Como Foucault demonstrou em *O Nascimento da Clínica*⁶, o remodelamento epistemológico, ontológico e técnico da percepção médica ocorre por meio de interconexões de mudanças em uma série de dimensões, algumas das quais parecem, à primeira vista, bastante distantes da medicina. Mais do que nunca, é verdade que, conforme Foucault escreveu na *História da Sexualidade*⁷, o ser humano, hoje, é um animal em cuja política sua vida de ser vivo está em questão.

Nesse contexto, acreditamos que novas formas de troca entre cientistas naturais e sociais podem e devem surgir, levando a uma experimentação com os conceitos de natureza e cultura, biologia e sociedade, afeto e cognição, vida e morte, para além de ideias ultrapassadas relacionadas a ‘*nature versus nurture*’ [inato versus desenvolvido/cultivado].

Consideramos que tal parceria poderia ajudar a esclarecer dilemas éticos da pesquisa biológica; por exemplo, dilemas sobre “tecnologias reprodutivas, disputas sobre ética do prolongamento da vida, eutanásia, manutenção da vida de bebês nascidos com deficiências graves e assim por diante”⁶ (p. 222). Também poderia ajudar a “contribuir para uma perspectiva crítica sobre a política contemporânea da vida e as formas pelas quais ela está intrinsecamente entrelaçada à economia da vida – a abertura dos processos vitais à intervenção tornou a vida em si um campo para uma capitalização intensa por parte da indústria farmacêutica, da indústria de equipamentos médicos e assim por diante”⁶ (p. 222). No mesmo momento em que os avanços das tecnologias biomédicas nos possibilitam intervir sobre nós mesmos de novas maneiras, nossa vitalidade foi aberta, como nunca antes, à exploração econômica e à extração de biovalor. Portanto, isto não é apenas biopolítica; mas também, uma bioeconomia que está transformando a nossa própria concepção do que somos.

Estamos testemunhando um novo entrelaçamento entre formas de conhecimento e técnicas de intervenção, modos de capitalização, disputas políticas e éticas. Isso constitui um campo novo, fascinante e importante para análise e disputas políticas - um campo que deveria ser central para o trabalho das Ciências Humanas. Precisamos ir além da interpretação da mão oculta do capitalismo neoliberal, ou dos interesses ocultos do Estado ou das nossas autoridades para, em primeiro lugar, descrevermos os desenvolvimentos dentro dos quais estamos enredados. Na verdade, talvez as ciências sociais críticas devam mover-se para além da crítica e reconhecer que o pensamento mais profundo é aquele que permanece na superfície!²

As questões discutidas aqui referem-se a múltiplos campos do conhecimento e de práticas e trazem, por exemplo, ao campo da Saúde Coletiva – território em que alguns dos autores deste editorial exercem suas atividades de pesquisa – questões instigantes que consideramos absolutamente relevantes para a atualização de seu arcabouço teórico.

Tais questões trazem ao debate a necessidade de radicalizar a tarefa transdisciplinar desse campo, que emergiu na década de 1970 na confluência dos conhecimentos das áreas de Políticas Públicas, Administração e Planejamento, de Epidemiologia e Ciências Sociais, por meio da incorporação de outros campos de conhecimento, como a filosofia⁸ e, em um aparente paradoxo, campos biológicos que, como argumentamos acima, vêm sofrendo importantes transformações. Esse importante ponto de intersecção entre as 'ciências' deveria abrir espaço, também, para pesquisas que objetivem acompanhar os movimentos da vida, engendrando conexões que permitam ir além da reprodução de modelos teóricos e metodológicos hegemônicos, objetivando explorar novas possibilidades do fazer e do pensar.

Do ponto de vista do cuidado em saúde, esse ponto nos alerta para a necessidade de atualizar nossa compreensão do que é visto como vida e saúde e as consequências deste novo entendimento. Hoje, os serviços de saúde precisam ir além da tarefa de prevenção, promoção, cura e reabilitação, implementando, também, ações que objetivem otimizar a vida de cada pessoa e de todas as pessoas, num momento em que a gestão de nosso corpo vem assumindo, cada vez mais, uma posição central no processo de produção do que pensamos ser ou do que pensamos que devemos ser.

Além disso, acreditamos que a abordagem que comentamos acima pode ser importante para repensarmos nossos projetos educacionais e de pesquisa. Pode ser útil ultrapassar os preconceitos e as linhas que separam as ciências biológicas das ciências humanas, superando separações artificiais e disputas de espaço, que poderiam se beneficiar mutuamente da transdisciplinaridade.

Um esforço que deve buscar uma reinvenção crítica do que pensamos, do que somos e de como devemos agir para transformar o mundo e a nós mesmos⁵. Em outras palavras, um esforço que deveria procurar construir, inventando, uma nova política de subjetividade.

Nikolas Rose^(b)

Sérgio Resende Carvalho^(c)

Cathana Freitas de Oliveira^(d)

^(b) Department of Global Health and Social Medicine, School of Medical Education, King's College London. London, England, UK. nikolas.rose@kcl.ac.uk

^(c) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. 2srcarvalho@gmail.com

^(d) Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. cathanaoliveira@gmail.com

Referências

1. Alsop A, Freese J, Perrig-Chiello P, Plomin R, Rose N. The good, the bad and the ugly - understanding between the social sciences and the life sciences. An ESF SCSS strategic workshop report [Internet]. Estrasburgo: European Science Foundation; 2014 [cited 2017 Dec 13]. Available from: <https://boris.unibe.ch/53366/>.
2. Rose N. The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the Twenty-First Century. Oxford: Princeton University Press; 2007.
3. Carvalho SR, Teixeira RR. Politics of life itself and the future of medical practices: dialogues with Nikolas Rose (part 3). *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):221-30.
4. Rose N. *Inventing our selves: psychology, power, and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
5. Rose N, Abi-Rached JM. *Neuro: the new brain sciences and the management of the mind* Princeton. Princeton: Princeton University Press; 2013.
6. Foucault M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. Abingdon: Routledge; 2003.
7. Foucault M. *The history of sexuality. The will to knowledge*. London: Penguin; 1978. v. 1.
8. Martins A. Novos paradigmas e saúde. *Physis*. 1999; 9(1):83-112.

Submetido em 12/01/18. Aprovado em 14/02/18.

Human and Natural Sciences: dialogues and politics of collaboration

Interdisciplinary is in demand. It is an epistemological requirement – because the objects we seek to understand do not conform to the boundaries of the disciplines as they were established. It is an organizational requirement, because we need to shake up the ossified structures of the universities and their departmental enclaves and rivalries, and it is also, a pragmatic requirement – because the nature of many problems that we seek to understand requires the collaboration of experts from a wide range of backgrounds¹.

The difficult questions raised by dialogues between different disciplinary fields are especially pertinent in the relations between the life sciences and the social sciences. Transactions between these two domains of knowledge were intense across the XIX century – with the life sciences often imagining their concerns in metaphors taken from the social life of their times and the social sciences borrowing many metaphors and models from the life sciences and, indeed, often suggesting that key features of human life were shaped by their biology. But during the twentieth century, such transactions were gradually displaced by hostility and mutual suspicion, notably as twentieth-century biology and genetics became associated with reductionism and determinism, and social science seemed to aspire a purification from biology.

As our own century develops, the possibilities for interaction seem more positive. Today many life scientists – in genomics, in neuroscience, in biomedicine – recognise that the old distinctions between organism and milieu are no longer viable, that, to use a phrase now becoming a cliché, the environment is not just 'out there' – but 'gets under the skin'. In this emerging 'style of thought'^(a), at least partially non-reductionist and non-deterministic, the truth discourse of contemporary genomics no longer sees genes as the hidden entities that determine us².

Yet, in the same moment as genetic determinism is rejected or questioned, new strategies are emerging that seek to intervene on DNA sequences, which, in a new way, are seen as central to health and disease. Across the world, researchers and policy makers place their faith in big data, linking full genome sequencing of thousands of individuals with lifestyles and health information, to be analysed by algorithms to generate 'precision medicine'. Hence vitality is molecularised, and life has become open to politics at the molecular level. More generally, organisms, including human organisms, "are seen as constituted by intelligible vital mechanisms among molecular entities" that can be object of intervention, and which are no longer constrained by the apparent normativity of a natural vital order² (p. 6). Biology is now seen not as destiny but as opportunity².

Consider for instance the recent successful birth of a child through the transplant of a womb from a friend to a woman who did not have the capacity to reproduce (...) consider the use of drugs to modulate all sorts of human capacities, whether it's Viagra, whether it's the so called cognitive enhancers. All these things suggest that the more we know about the biological basis of any particular characteristic, the more we can reverse engineer it and work out the molecular or biological underpinnings of that characteristic. Or at least that is the dream – in principle the more we know, the more we are able to intervene³.

Since the mid-nineteenth century, political authorities in alliance with many others – physicians, biologists, educators, etc. – have taken on the task of the management of life through both the disciplines of the body and the

^(a) A 'style of thought' is a particular way of thinking, seeing, and practicing. The term is derived from the work of Ludwick Fleck in his 1935 book *Origin and Development of a Scientific Fact*. It involves, for example, membership of a thought community in a discipline and an intimate knowledge of its relations of power and status. It "is not just about a certain form of explanation, about what it is to explain, it is also about what there is to explain". (p. 12)

biopolitics These intellectual and political strategies were pioneered mainly, at sub-State levels – by philanthropists, medical reformers and institutions, religious organizations, welfare funds and so on. This biopolitics took many forms: from the management of cities and sociality in the name of the minimization of disease, the administration of birth and death and so on. Thus, the birth of biopolitics:

was inextricably bound up with the rise of the life sciences, the human sciences, clinical medicine. It has given birth to techniques, technologies, experts, and apparatuses for the care and administration of the life of each an of all, from town planning to health services”² (p. 54).

The social sciences and the life sciences have a long shared history; so perhaps as the styles of thinking in biology mutate, so then should the styles of thought in those disciplines seeking to understand the social organizations and their consequences

Today, the management of our corporeal existence has become one of the central ethical demands of our present; no longer a matter restricted to the elite or those adhering to a particular cult of the body, but one of the central ways in which each and all of us are obliged to manage our everyday lives and existence in terms of diet, in terms of alcohol intake, in terms of exercise, in terms of the use of drugs of various sorts to modulate bodily processes, whether they are the statins to reduce the risk of heart attack or stroke or the drugs to manage our sexuality as in Viagra. This is what is meant by referring to the ‘birth’ of a ‘somatic individual’ – not so much as a novel reality, but as the object and target of knowledge, of intervention, and of the practical ethics of everyday existence. As our existence becomes ‘somatic’, our ‘corporeality’ becomes central to our understanding of what human being are, about what they must do and what they can hope for. This does not displace the psychological individual that became hegemonic during the XX century⁴ but it complements and supplement this perspective.

In this new form of subjectivation we can see `novel concepts of `biological citizenship` and “new expectations of human beings in relation to their sickness”, and also to their ‘life itself’ that “reorganize the relations between the individuals and the biomedical authorities and reshape the ways in which human being relate to themselves as `somatic individuals`”. This attention to the somatic, which increasingly includes the management of neuro-biological existence, is no longer constrained by the poles of health and illness. Many interventions today seek to optimize the life - and not just to prevent and to cure diseases and to rehabilitate patients-, “acting in the present in order to secure the best possible future of those who are their subjects”. Hence the biomedical technologies embody disputed visions of what, in individual and/or collective human life, may indeed be an optimal state². As we have learned from Michel Foucault, we must be concerned with the history of our present, not because we are interested in the past, but because we are interested in intervening in possible futures – and that demands actions in the present.

Those developments have important consequences for the politics of life, and for the relations between the Human Sciences and their relations with the Natural Sciences. It offers the opportunity to go beyond commentary and critique, and to open up new opportunities for a different relation with the biological. The humanities can and must use their methodological and theoretical tools to contribute to a critical analyse of the contemporary biomedical technologies,

stressing what we have learned over the last decades of research, that our (neuro) biological capacities are bound up with cultural, semiotic, bodily, societal and aesthetic 'webs' – and vice versa⁵(5). As Foucault demonstrated in the Birth of the Clinic⁶, the epistemological, ontological and technical reshaping of medical perception comes through an interconnections of changes along a series of dimensions, some of which seem, at first sight, rather distant from medicine. It is more than ever true that, as he puts it in the History of Sexuality⁷, the human, today is an animal whose politics place his existence as a living being in question.

In this context we believe that new forms of exchange between natural and social scientists can and should emerge, leading to an experimentation with concepts of nature an culture, biology and society, affect and cognition, life and death beyond out-moded ideas of 'nature versus nurture'.

We consider that such a partnership could help clarify, for example, ethical dilemmas of biological research for example, the ones about "reproductive technologies, disputes about the ethics of life extension, euthanasia, the maintenance of the life of babies born with severe disabilities and so on"⁶ (p. 222). It could, also, help to "contribute to a critical perspective about the contemporary politics of life and the ways that this is intrinsically intertwined with the economics of life - the opening up of the vital processes of life to intervention, has made life itself a field for intense capitalisation by the pharmaceutical industries, the medical devices industries and so on"⁶ (p. 222). In the same moment that developments in biomedical technologies enable us to intervene upon ourselves in new ways, our vitality has been opened up as never before for economic exploitation and the extraction of biovalue. Thus it is not just biopolitics, but also bioeconomics that is transforming our very conception of ourselves

We are witnessing a new intertwining between forms of knowledge and techniques of intervention, modes of capitalisation, political and ethical disputes. This constitutes an intriguing and important new field for analysis and political disputes, and one that should be central to the work of the Human Sciences. We need to go beyond interpretation of the hidden hand of neoliberal capitalism, or the hidden interests of the state or our authorities, first of all to describe the developments within which we are enmeshed. Indeed, perhaps the critical social sciences need to move beyond critique and to recognize that the most profound thought is that which remains on the surface!²

The issues reflected here refer to multiple fields of knowledge and practices, bringing, for example, to the field of Collective Health - territory in which some of the authors of this editorial exercise their research activities - instigating issues that we deem absolutely relevant to update its theoretical framework.

It brings to the debate the need to radicalize the transdisciplinary task of this field that emerged in the 1980s in the confluence of knowledge from the areas of Policy, Management and Planning with those of Epidemiology and Social Sciences, through the incorporation of other fields of knowledge, as the philosophy⁸ and, in an apparent paradox, biological ones that, as we have argued, has undergone important transformations. This important point of intersection between those 'sciences' should also open space for a research construction that seeks to accompany the movements of life, engendering connections that allow to go beyond the reproduction of theoretical and methodological models to explore new possibilities.

From the point of view of health care, it alerts us to the need to strive to update our understanding of what is affirmed as life and health and the consequences of this new understanding. Today it is central for the health services

to go beyond the task of prevent, promote, cure and rehabilitate but, also, to implement actions that seek to optimize the life of each and every one at a time when our body management is increasingly assuming the centrality in the process of production of what we think we are or should be.

We believe, also, that the approach that we comment above can be of importance to rethink our educational and research projects. It can be helpful on go beyond the divide lines and prejudices between biological and human sciences and to overcome artificial separations and disputes in space, that could benefit mutually form a transdisciplinary.

An effort that might seek a critical reinvention of what we think, of what we are and of how we should act to transform the word and ourselves⁵. In other words, an effort that might look to build up, inventing, a new politic of subjectivity.

Nikolas Rose^(b)

Sérgio Resende Carvalho^(c)

Cathana Freitas de Oliveira^(d)

^(b) Department of Global Health and Social Medicine, School of Medical Education, King's College London. London, England, UK. nikolas.rose@kcl.ac.uk

^(c) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil. 2srcarvalho@gmail.com

^(d) Depatamento de DST.Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde. Brasília, DF, Brasil. cathanaoliveira@gmail.com

References

1. Alsop A, Freese J, Perrig-Chiello P, Plomin R, Rose N. The good, the bad and the ugly - understanding between the social sciences and the life sciences. An ESF SCSS strategic workshop report [Internet]. Estrasburgo: European Science Foundation; 2014 [cited 2017 Dec 13]. Available from: <https://boris.unibe.ch/53366/>.
2. Rose N. The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the Twenty-First Century. Oxford: Princeton University Press; 2007.
3. Carvalho SR, Teixeira RR. Politics of life itself and the future of medical practices: dialogues with Nikolas Rose (part 3). *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(60):221-30.
4. Rose N. *Inventing our selves: psychology, power, and personhood*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
5. Rose N, Abi-Rached JM. *Neuro: the new brain sciences and the management of the mind* Princeton. Princeton: Princeton University Press; 2013.
6. Foucault M. *The birth of the clinic: an archaeology of medical perception*. Abingdon: Routledge; 2003.
7. Foucault M. *The history of sexuality. The will to knowledge*. London: Penguin; 1978. v. 1.
8. Martins A. Novos paradigmas e saúde. *Physis*. 1999; 9(1):83-112.

Submitted in 01/12/2018. Approved in 02/14/2018.

Desenvolvimentismo e preventivismo nas raízes da Saúde Coletiva: reformas do ensino e criação de escolas médicas e departamentos de medicina preventiva no estado de São Paulo (1948-1967)*

André Mota^(a)Lilia Blima Schraiber^(b)José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres^(c)

Mota A, Schraiber LB, Ayres JRCM. Developmentalism and preventivism at the root of Collective Health: teaching reforms and the creation of Medical Schools and Departments of Preventive Medicine in Sao Paulo state, Brazil, 1948-1967. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):337-48.

The US medical reform in the 1940's and 1950's included schools of thinking with unique developments and several change strategies, even though they eventually converged in a set of ideas referred under the term Preventive Medicine. In order to expand this movement to Latin America and to make it coalesce in a common proposal, Pan American Health Organization (Opas) and Mondial Health Organization (OMS) supported a series of meetings organized to that end. Their impact was felt in Sao Paulo state, resulting in the outcropping of new Medical Schools, especially outside the capital city, as well as in a reorganization of previous ones, creating Preventive Medicine, Social Medicine or Public Health Medicine departments. This particular historical moment, specifically from 1948-1967, was examined through documents dealing with the history of those departments and interviews with pioneers of Collective Health in Sao Paulo.

Keywords: Medical School. Preventive Medicine. Sao Paulo Developmentalism. Collective Health.

A reforma médica estadunidense dos anos 1940-1950 envolveu correntes de pensamento com desenvolvimento próprio e diferentes estratégias de mudança, ainda que convergissem em um ideário em torno da Medicina Preventiva. Para a incorporação desse movimento na América Latina e a concretização de uma proposta comum, organizou-se uma série de encontros apoiados pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Seu impacto em São Paulo resulta no surgimento de novas escolas médicas, particularmente no interior, e em uma reorganização das existentes, com a criação de departamentos de Medicina Preventiva, Medicina Social ou Medicina em Saúde Pública. Com ênfase no período de 1948 a 1967, esse momento histórico foi examinado por meio de documentos sobre a história desses departamentos e de entrevistas com construtores da Saúde Coletiva em São Paulo.

Palavras-chave: Escola médica. Medicina Preventiva. Desenvolvimentismo paulista. Saúde Coletiva.

*Artigo baseado na pesquisa "História da Saúde Coletiva no Estado de São Paulo: emergência e desenvolvimento de um campo de saber e práticas", financiada pela Fapesp, Processo 2013/12137-0. Aprovada em ética da pesquisa: CAPPesq n. 271/13, em 28/8/2013. (a, b, c) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903. amota@museu.fm.usp.br; liliabli@usp.br; jrcayres@usp.br

Introdução

A literatura sobre a criação da Saúde Coletiva no Brasil¹⁻³ sugere que suas raízes históricas datam dos anos 1950-1960, em movimentos originários dos Estados Unidos, da reforma da escola médica (medicina integral e preventiva) e da reforma da assistência, no sentido de incluir a população mais pobre (medicina comunitária). Pesquisou-se essa emergência para examinar esse processo histórico e buscar suas peculiaridades no estado de São Paulo. Neste artigo, o recorte distingue esse momento histórico, mas trata especialmente das medicinas preventivas em conexão com as escolas médicas. Assim, o período considerado é aquele em que, ao lado de grandes reformulações nas existentes, criam-se novas escolas em São Paulo, com base no movimento preventivista conjugado ao chamado desenvolvimentismo paulista, entre 1940 e 1960.

A metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica, pesquisa documental e a história oral. Os documentos levantados e usados neste estudo são livros institucionais das escolas de medicina onde surgiram os departamentos que viriam a ser vinculados à Saúde Coletiva e que constam do quadro 1. Por meio da história oral, obtivemos os testemunhos de quem viveu a criação da Saúde Coletiva paulista e seu desenvolvimento ulterior. Selecionamos os 38 sujeitos pesquisados, a partir da base institucional, que representam em termos da experiência histórica vivida: instituições acadêmicas participantes da Saúde Coletiva; Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, entre formuladores e estudiosos de sua política de saúde; e instituições que foram fundamentais como apoio à Saúde Coletiva. O quadro 2 mostra os entrevistados discriminados por instituição, subárea científica referida na entrevista, sexo e tipo de atuação histórica no campo: “formulador”, se atuou antes de 1980, ou “participante”, se atuou depois. De todos entrevistados, analisamos em triangulação com dados documentais os depoimentos cabíveis no presente recorte de estudo. Foram pessoalmente identificados e apresentados no texto por seus nomes, seguidos de suas respectivas instituições. Esse procedimento, acordado em termos éticos na ocasião da gravação das entrevistas, foi adotado por serem figuras públicas notoriamente reconhecidas como atores-autores da história da Saúde Coletiva. A interpretação analítica dessas entrevistas permitiu alcançar o que Camargo definiu, relativamente à história oral, como:

[...] o ator por dentro, cerne da sua cultura política, e uma cultura política em movimento [...] um objeto de estudo que se presta à potencialização de duas qualidades básicas: a sincronização das informações e a condensação. Isso significa que seu uso possibilita a compreensão de sistemas e realidade muito complexos, que fontes tradicionais, especializadas e fragmentadas, jamais conseguiriam entender⁴. (p. 84)

Quadro 1. Documentos levantados acerca das instituições acadêmicas vinculadas à Saúde Coletiva segundo subárea científica, sexo e tipo de ator histórico, São Paulo, 2015-2016

Nº do documento	Livro institucional
Doc. 1	Carneiro HF. A Faculdade de Medicina de Sorocaba e os 50 anos de sua história. Sorocaba: Grafilínea Editora, 1999.
Doc. 2	Marsiglia RMG. (org.) Ensino de graduação em saúde: ingresso e inserção profissional. FCMSCSP, 1963-2013. São Paulo: CDG Casa de soluções e editora, 2013.
Doc. 3	Mota A; Marinho MGS MC. (org.) Trajetória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – aspectos históricos da Casa de Araldo. São Paulo: CDG Casa de Soluções e Editora, 2012.
Doc. 4	OPAS. Seminarios sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva. 1955; Viña del Mar, Chile. 1956; Tehuacán, México. Washington: Oficina Sanitária Panamericana, n. 28; 1957.
Doc. 5	Passos ADC. Medicina Social na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: Holos, 2014.
Doc. 6	Saad MJA, Pereira RIC. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (50 anos): a realidade ultrapassou o sonho. Campinas: Editora, 2013.
Doc. 7	Schellini SA, Peraçoli JC (orgs.) Faculdade de Medicina de Botucatu – Unesp, 50 anos. São Paulo: CDG Casa de Soluções, 2013.

Quadro 2. Sujeitos entrevistados por instituição vinculada à Saúde Coletiva segundo subárea científica, sexo e tipo de ator histórico, São Paulo, 2015-2016

Instituição	Total	Subárea			Sexo		Tipo de ator**	
		EPI	CSH	PPG*	M	F	F	P
Acadêmicas								
FM USP	8	4	2	2	4	4	6	2
EE USP	2	0	1	1	0	2	2	0
FSP USP	4	0	2	2	1	3	2	2
FCM Stª Casa	5	2	2	1	3	2	4	1
FCM Unicamp	3	0	2	1	3	0	2	1
EPM Unifesp	3	0	1	2	2	1	3	0
FCM Unesp	2	0	1	1	1	1	1	1
FMRP USP	3	1	1	1	2	1	3	0
EERP USP	1	0	0	1	0	1	1	0
Subtotal	31	7	12	12	16	15	24	7
SES SP								
Gabinete	2	0	0	2	2	0	2	0
Instituto Saúde	2	0	0	2	0	2	2	0
Subtotal	4	0	0	4	2	2	4	0
Associações								
Cebes	1	0	0	1	1	0	1	0
APSP/AMSESP	2	0	0	2	2	0	1	1
Subtotal	3	1	0	3	3	0	2	1
Total geral	38	7	12	19	21	17	30	8

*Subáreas: Epidemiologia (EPI), Ciências Sociais e Humanas em Saúde (CSH), Política, Planejamento e Gestão (PPG); **Tipo de ator histórico: Formulador (F); Participante (P)

O preventivismo e as escolas médicas no Brasil

A reforma médica originada entre os anos 1940-1950, como decorrência da própria cientificidade em torno da estruturação, nas décadas anteriores, das escolas médicas estadunidenses, produzida sob o impacto do Relatório Flexner, incluiu diversas correntes de pensamento, abordando temáticas próximas, mas:

[...] com desenvolvimentos próprios e estratégias de reformas distintas entre si: assim, por exemplo, incluem-se entre essas temáticas as de Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina de Família, Medicina Generalista, Medicina Comunitária, Integração Docente Assistencial, além das várias formulações produzidas sob a temática da Planificação de Recursos Humanos⁵. (p. 106)

Em todas havia um componente integrativo decorrente da fragmentação especializada na formação e da necessidade de uma mudança que se impunha à prática profissional, como reflexo das novas necessidades sociais relativas ao cuidado médico, ou seja:

[...] essas necessidades que teriam sido, até então, predominantemente dirigidas para a cura das doenças, estariam sendo reorientadas no sentido da obtenção de um estado global da saúde, reorientação que os avanços do conhecimento médico já permitiriam. Nessa medida, uma recuperação integral do paciente, e, ao mesmo tempo, a prevenção das doenças, constituem os novos requerimentos que se estimam para a prática, demandando uma recomposição, no mesmo sentido, do ato médico individual.⁵ (p. 112-3)

Para concretizar essas pretensões, organizou-se uma série de encontros com o objetivo de articular as diferentes visões daquelas correntes. Inspirada na pioneira conferência organizada em novembro de 1952, em Colorado Springs, EUA, pela Association of American Medical Colleges (1953), com financiamento, entre outros, da Fundação Rockefeller, a Opas difundiu essa agenda em seminários envolvendo países da América Latina, interessada em promover, em um plano mais geral, atuações na esfera da saúde pública, bem como na assistência médica individual. Foi nesse contexto que emergiu o ideário preventivista, a partir de três vertentes:

[...] a primeira, a Higiene, que faz seu aparecimento no século XIX, intimamente ligada ao desenvolvimento do capitalismo e à ideologia liberal; a segunda, a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 1930-1940 nos Estados Unidos, já sob uma nova divisão de poder internacional e na própria dinâmica da Grande Depressão, que vão configurar o aparecimento do Estado interventor; e a terceira, o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica⁶. (p. 109)

Suas diretrizes ecoaram ao se discutir uma nova formação profissional, preconizada pelos Seminários de Vinã del Mar, no Chile, em 1955, e de Tehuacan, no México, em 1956 (Doc. 4). A presença de brasileiros, entre os quais muitos de São Paulo^(d), é reveladora do nível de interesse e do impacto nas escolas médicas. Isso também introduziu mudanças na Faculdade de Saúde Pública, quando Rodolpho Mascarenhas incorporou o referencial teórico preventivista em 1962 e foi convidado a apoiar nessa perspectiva a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, a convite do secretário Walter Leser⁷. Igualmente, repercutiu nas Escolas de Enfermagem, embora mais tarde e já como influência das escolas médicas e de saúde pública:

Era uma posição estratégica da Maria Jacira^(e). [...] Começou com a reforma da USP, em final dos anos 1960. A partir de então nós começamos a ter a designação de “enfermagem preventiva e comunitária”. E como “enfermagem preventiva e comunitária” é que a gente vai formar um departamento. Daí já é 1986 para 1987 ... (Emiko Egly; EEUSP)

Em toda a América Latina e especialmente no Brasil, criaram-se novas faculdades de ensino médico e se reorganizou o currículo das existentes. Em todas elas, as bases preventivistas ganharam espaço decisivo⁸. Sobre o eixo organizador institucional, foi preconizada:

[...] a necessidade de ajustar o número de estudantes às possibilidades técnicas e econômicas do bom ensino e de melhorar e aumentar essas possibilidades quando o país necessitar de mais médicos; a seleção cuidadosa dos alunos, atendendo a suas condições de inteligência, conhecimentos básicos, caráter e atitudes; a existência de um núcleo de professores e colaboradores com dedicação exclusiva ao ensino e investigação em ciências básicas, reconhecendo a conveniência de iniciar com o mesmo regime docente nos ramos clínicos, quando se conta com o dito núcleo; o dever primordial das escolas em formar médicos gerais e, só depois, preparar especialistas em cursos posteriores; a conveniência

^(d) **Alagoas:** Abelardo Duarte, José L. de Gusmão Lyra; **Bahia:** Rodrigo Argollo Ferrão, Ruy Santos; **Ceará:** Francisco Araújo, Jurandir Picanço; **Minas Gerais:** Josias Vaz de Oliveira, Justino Moraes Sarmento, Leontino da Cunha; **Pará:** José R. da Silveira Netto; **Paraíba:** Humberto da Cunha Nóbrega, Newton Lacerda; **Paraná:** Milton Munhoz; **Pernambuco:** Álvaro Vieira Mello, Antônio S. dos Santos Figueira, Joaquim Costa Carvalho, Waldemir Miranda; **Rio de Janeiro:** Almir Castro, Hamilton Lacerda Nogueira, João Barros Barreto, Manoel José Ferreira; **Rio Grande do Sul:** Luís Guerra Blessmann, Paulo Moreira; **São Paulo:** Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, João de Aguiar Pupo, Jairo Ramos, José L. Pedreira de Freitas, José Maria Freitas, Raphael de Paula Souza, Walter Pereira Leser, Zeferino Vaz (Doc. 4).

^(e) Trata-se da professora Maria Jacira de Campos Nogueira, da escola de Enfermagem da USP.

de que ao final dos estudos médicos se realize um período de dedicação exclusiva ao trabalho prático no hospital e no consultório externo, sob a forma de internato (Doc. 4, p. 8)

O ensino de medicina nessa perspectiva deveria dotar o futuro médico de:

[...] uma compreensão sobre os alcances e possibilidades da prevenção, motivando uma transformação de atitude num conceito mais integral de medicina. Deve proporcionar-lhe as noções fundamentais, as normas e as técnicas para proteger e fomentar a saúde dos indivíduos, a fim de que as incorpore na prática diária. (Doc. 4, p. 8)

Para isso, a disciplina de medicina preventiva deveria contemplar uma série de temas:

[...] bioestatística, epidemiologia dos processos que afetam os grupos, qualquer que seja a etiologia, e não somente as enfermidades transmissíveis, saneamento, insistindo nos fundamentos médicos, e não nas técnicas que correspondem ao sanitarista, problemas médico-sociais da família, da comunidade e do país, antropologia social e ecologia, técnicas de educação sanitária que devem ser utilizadas pelo médico, medicina ocupacional, conhecimentos das organizações de medicina sanitária e assistencial. (Doc. 4, p. 9)

A interiorização da metrópole: da criação das faculdades de medicina no interior paulista (1948-1963)

O estado de São Paulo foi o local privilegiado no Brasil para a implantação dessas novas propostas de reforma do ensino médico, uma vez que aparecia como o estado brasileiro que se apresentava ao mundo com potencialidades. Segundo Arruda, nos anos 1950:

A economia paulista ancorava-se em condições extremamente favoráveis para seu pleno desenvolvimento, com a poderosa ampliação de sua capacidade de acumulação por meio da integração das atividades cafeeiras, da agricultura variada, da rede introvertida dos transportes, da diversificação do pequeno comércio varejista ao grande atacado, do sistema bancário e, sobretudo, da potencialidade revelada no setor industrial.⁹ (p. 136)

Por esse projeto político de redemocratização atrelado às novas necessidades desenvolvimentistas, São Paulo associava, em um único movimento, a recuperação econômica, a valorização dos municípios e as determinações contidas na Constituição paulista de 1947, avançando no aprofundamento da formação profissional e escolar de determinados grupos e impulsionando ações de interiorização de instituições educacionais, entre elas, as universitárias¹⁰. Quando o assunto alcançou o ensino médico, tema que “até as pessoas mais distantes e atrasadas reconheciam como vantagem, mesmo quando não podiam elas próprias partilhar”¹¹ (p. 346), observamos nos documentos um processo sob intenso jogo de forças políticas e acadêmicas, locais, estaduais e federais, em que o preventivismo como inovação médica fazia diferença.

Foi nesse contexto que se criou um grupo de escolas médicas de contornos não tão definidos entre o que seria estatal ou privado, estadual ou federal, resultando em perfis de formação médica diversos, em razão das respectivas especificidades locais. Além da falta de vagas nas duas escolas da capital – a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, criada em 1912¹² (Doc. 3), e a Escola Paulista de Medicina, criada em 1933¹² –, o argumento para a criação de escolas médicas dizia proporcionar ao aluno do interior:

[...] um custo de manutenção extremamente menor que na capital e, fundamentalmente, no caso da medicina, fixaria o futuro médico na zona rural, onde poderia desenvolver pesquisa e clinicar, tendo como preocupação atender problemas específicos de saúde da região, ou seja, dar atenção às doenças regionais.¹³ (p. 77)

Somava-se a isso toda uma rede de profissionais médicos sob a liderança de professores das faculdades de medicina e da Associação Paulista de Medicina, reivindicando mudanças estatutárias para seus profissionais, equiparação salarial e a plena demonstração da força corporativa médica que se formou paulatinamente¹⁴.

Foi com esse lema que, em 1947, o médico e político Adhemar de Barros partiu para o interior, em sua campanha eleitoral ao governo do estado, com a promessa de construir a “universidade do interior”. Vencida a eleição e com enorme pressão de cidades interioranas, nesse mesmo ano, o Projeto de Lei n. 10 da Assembleia Legislativa recebeu Parecer da Comissão de Ensino e Regimento da Universidade de São Paulo sobre tal intento. Assinado por Zeferino Vaz, o projeto foi avaliado como imperfeito e inexecutável. Concretamente, foi modificado não mais para a criação de uma universidade, mas de faculdades subordinadas à Universidade de São Paulo (USP). Foi assim que, em 20 de agosto de 1948, aprovou-se a legislação para o surgimento de três escolas superiores sob a administração da USP: a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, a de Farmácia e Odontologia de Bauru e a Escola de Engenharia de São Carlos¹⁴.

Tal ação produziu no estado dois núcleos de formação superior: um que concentrava carreiras socialmente mais prestigiadas, com cursos planejados pelo Estado, e outro formado por escolas isoladas e, em sua maioria, particulares. A partir da década de 1950, o núcleo de escolas estatais cresceu de forma controlada, vindo depois a surgir, exemplarmente, as seis primeiras Faculdades de Filosofia, Ciências e Letras, unidades que, em 1976, comporiam a Universidade Estadual Paulista (Unesp). Já o núcleo de escolas privadas cresceu mais e desordenadamente pelos municípios no interior, algumas conseguindo vida longa e outras, nem tanto¹⁵.

A primeira experiência no país a lançar como projeto político municipal a criação de uma faculdade de medicina “interiorana” foi em Sorocaba. No fim dos anos 1940, conjugaram-se as forças locais da Igreja Católica, na figura do padre André Pieroni, e da prefeitura, na figura do médico e prefeito da cidade Gualberto Moreira; aquela com a intenção de criar uma faculdade de filosofia e este, uma escola médica (Doc. 1).

O funcionamento da faculdade veio com o Decreto Federal nº 28.003, de 14 de abril de 1950, assinado pelo presidente Eurico Gaspar Dutra e que, em seu artigo 1º, indicava como mantenedora a Fundação Sorocaba do Estado de São Paulo^(f). Seu corpo docente, quase todo formado por professores da USP – Antonio Dacio Franco do Amaral, Carlos da Silva Lacaz, Charles Edward Colbertt, Ernesto de Souza Campos, Odorico Machado de Souza e Samuel Pessoa, entre outros –, dava conta de uma escola médica seguindo a linhagem flexneriana, mas de base laboratorial de baixa complexidade. Também foi construído um laboratório de Saúde Pública, mas seguindo a tradição higienista, sem incorporar-se ao movimento preventivista em curso. O então recém-fundado Hospital Santa Lúcia, equipado pelas indústrias Votorantin e considerado moderno, teve modificada sua função primeira de hospital-maternidade, ganhando o *status* de um hospital geral, a fim de sediar a escola médica que se formava¹⁶.

Já os esforços para a construção de uma Faculdade de Medicina em Ribeirão Preto se deram entre o plano político estadual e as elites locais. A inquestionável importância econômica do município na produção de açúcar e álcool definia também a força de seus representantes na Assembleia Legislativa para fazer aprovar uma escola médica. Já no plano municipal, “todos se empenharam.

^(f) Na década de 1970, em meio à crise econômica que se abateu sobre a instituição, a mantenedora foi extinta, e a Faculdade de Medicina foi integralmente agregada à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, preservando seu pleno funcionamento.

O Centro Médico, os hospitais, os diretores da Faculdade de Odontologia e Farmácia, os colégios, a imprensa, a Câmara Municipal, a prefeitura municipal”¹³ (p. 76). Contudo, só em 1951 foi levado um memorial ao governador do estado, Lucas Nogueira Garcez, apontando as condições infraestruturais e acadêmicas para o projeto¹³.

Influenciado pelo Congresso Panamericano de Educação Médica realizado no Peru, o regime de ensino foi escrito e apresentado ao Conselho Universitário, sendo aprovado com a Lei nº 1.467, de 26 de dezembro de 1951. Entrando essa lei em vigor, em 1952, e tendo como primeiro diretor Zeferino Vaz, tiveram início as disciplinas básicas, no 1º ano do ensino médico (Doc. 5). Aliavam-se a isso a presença e o interesse da Fundação Rockefeller, influenciando e investindo na construção de salas de aula e laboratórios e subvencionando a formação de professores nos EUA. Em dez anos, a fundação investiu um milhão de dólares em todos esses projetos¹³. Os resultados foram considerados inovadores e em pouco tempo a instituição viria a ser uma referência nacional.

Para isso, introduziu mais rapidamente os preceitos preventivistas, concomitantemente à sua organização institucional. Assim, em 1954, o professor catedrático de higiene, Pedreira de Freitas, foi o responsável por organizar e fundar uma nova área de ensino e pesquisa: a higiene e medicina preventiva, o que fez a partir de suas viagens como bolsista da Fundação Rockefeller pelos Estados Unidos e por Porto Rico, de sua ligação com o grupo de Samuel Pessoa⁽⁸⁾ e de seu prestígio como participante oficial no I Seminário sobre o Ensino de Medicina Preventiva, realizado em Viña del Mar, no Chile (Doc. 5).

Entre as medidas tomadas, cabe apontar dois núcleos centrais:

(1) A necessidade de ensinar Higiene não como uma disciplina isolada, mas como um ponto de vista que devia permear a formação do futuro médico, principalmente na sua atividade junto ao paciente, o que tornava absolutamente necessário fazer o ensino da Cadeira, encarada antes como Medicina Preventiva, junto ao setor clínico e em colaboração com outras cadeiras; (2) Constituindo a Epidemiologia o principal elemento para conhecimento da história natural das doenças, para fornecer as bases para sua prevenção, reconheceu a importância de contar com um estatístico no Departamento. Para isso, convidou o professor Geraldo Garcia Duarte, docente do Departamento de Estatística da Faculdade de Saúde Pública da USP [...] (Doc. 5, p. 14)

Em Campinas, o reflexo dessa interiorização foi logo sentido. O esforço local eram por uma faculdade de medicina, quando a USP, que seria a responsável pela nova escola, propunha uma de direito. Houve intenso embate na Câmara Municipal e uma forte oposição do grupo dirigente da USP, inclusive da Faculdade de Medicina, cujo orçamento diminuiu, com a escola de Ribeirão Preto, e via nesse projeto mais uma ameaça a seus interesses. No entanto, sob a intensa pressão política que ganhou espaço na Câmara Estadual, em 1953, a Lei nº 2.154 foi substituída, vencendo a proposta de criação de uma escola médica em Campinas (Doc. 6).

Contudo, pouco se fez para sua concretização¹⁷ e, em 1958, o tema veio à baila, quando se apresentaram também outras cidades interessadas em uma faculdade de medicina: Botucatu, Catanduva e São José do Rio Preto. Sentindo o perigo de ver seu projeto malograr, a elite local campineira se organizou e pressionou de todas as formas o governo estadual, no chamado Movimento Pró-Faculdade:

⁽⁸⁾ Samuel Barnsley Pessoa foi importante parasitologista e, como médico, extremamente preocupado com as questões da pobreza e do baixo desenvolvimento social do país.

[...] no ano de 1959, a bancada campineira na Assembleia Legislativa do estado manteve pressão para a instalação da Faculdade de Medicina. No mesmo período, o CEE-SP (Conselho Estadual de Educação de São Paulo) decidiu designar uma comissão, com o intuito de opinar sobre a criação de uma nova faculdade de medicina no Estado. No período em que esteve à frente dessa Comissão, Zeferino Vaz foi contrário à instalação da faculdade em Campinas e chegou a ser nomeado pela imprensa campineira "inimigo número um de Campinas."¹⁷ (p. 81)

Foram apresentados um Memorial Descritivo das condições infraestruturais, corporativas e geográficas de Campinas e um possível ultimato com a proposta do presidente Juscelino Kubitschek de fundar uma faculdade federal de medicina na cidade. Em Relatório de Análise, trazendo os nomes de Zeferino Vaz, Cantídio de Moura Campos, Isaías Raw e Paulo Vanzolini e a assinatura final de Ulhôa Cintra, decidiu-se, em 1963, pela criação de duas escolas estaduais de medicina e sem a direção da USP: uma em Botucatu e outra em Campinas. Curiosamente, esta última foi assumida pelo próprio Zeferino Vaz (Doc. 6). Aliás, muitos professores de Ribeirão Preto contribuíram na formação da escola médica de Campinas, bem como na criação, em 1965, de seu departamento de Medicina Preventiva. Dali vieram os professores Miguel Inácio Tobar Acosta, fundador desse departamento, Manildo Fávero, Ana Maria Tambelini Arouca e Antonio Sérgio Arouca, autor do livro *O Dilema Preventivista* (2003), doutorado defendido em 1976, hoje um clássico da Saúde Coletiva:

Quando estava no sexto ano, eu fiz todo meu tempo opcional na medicina preventiva, e o Arouca já era residente naquele ano. Foi o último ano que ele ficou em Ribeirão Preto, antes de ir para Campinas. E a gente conversava muito, conversa de jovens. E Arouca era uma figura impagável, a gente se curtiava muito... muito enfático nas posições dele. E quando ele decidiu se transferir, ele se transferiu com a Ana Maria Tambelini, os dois estavam na residência. Ele foi a convite do Tobar, que estava querendo remodelar o Departamento em Campinas. Ele falou: vamos para lá, mas eu senti muita insegurança, Campinas era ainda mais novo. Ele ficou um tempo curto e depois foi para o Rio de Janeiro, para a ENSP. E eu tive um professor, o Manildo Fávero [...] ele também se transferiu pra Campinas e eu fiquei em Ribeirão. (Juan Stuardo Yazlle Rocha, FMRP-USP)

O currículo da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp também sofreu a influência das discussões dos encontros e congressos sobre medicina preventiva e formação médica propostas um decênio antes, incluindo, portanto, o preventivismo. Para Everardo Nunes, o curso instituído em Campinas teria sido inicialmente teórico-conceitual:

Ministrado aos alunos do 3º ano médico, durante o 1º semestre de 1965, compunha-se de cursos distintos de antropologia, sociologia e psicologia social, com muito pouco conteúdo aplicado à saúde. Prevalciam temas de medicina folclórica e discussões sobre as possibilidades de aplicação das ciências sociais ao campo da medicina. Mesmo no 2º semestre, o curso ministrado aos alunos do 2º ano pouco diferiu dessa primeira experiência¹⁸. (p. 635)

A partir dos anos 1970 constitui-se como campo a medicina preventiva e social, tendo a higiene e o sanitário como referências constitutivas:

[...] foi até interessante, porque neste departamento, nós tínhamos matemática e metodologia estatística, história da medicina e noções de direito, passaram ou para o Instituto de Matemática, ou para a Medicina Legal, e em lugar dessas disciplinas, foram criadas Administração Sanitária e Hospitalar, Saúde Materno Infantil. (Everardo Duarte Nunes, FCM- Unicamp)

Foi ainda no governo Carvalho Pinto (1959-1963) que se apresentou à Assembleia Legislativa de São Paulo a criação da Faculdade de Medicina de Botucatu, também fruto de muitas disputas pela interiorização do ensino superior no estado. Nesse caloroso debate, há um registro, ainda de 1957, quando o deputado Francisco Franco retoma a discussão da necessidade de se formarem jovens interioranos daquela região em um curso universitário médico, apresentando as qualificações de Botucatu para receber tal escola (Doc. 7).

A primeira turma da Faculdade de Medicina de Botucatu começou em 1963, quando ainda não havia ensino ligado ao movimento preventivista. Foi só em 1969, por iniciativa da professora Cecília Magaldi, que surgiu esse departamento, mas não com esse nome: “O Departamento se chamava Medicina em Saúde Pública e Medicina Legal. Quando houve oportunidade, anos depois, já se falando em Saúde Coletiva, o Departamento resolveu simplesmente deixar só “Saúde Pública”, e não colocar “Saúde Coletiva” [...] e esse é o nome que tem até hoje” (Antonio Pithon Cyrino, FM-Unesp).

Esse fato já denota a influência do sanitarismo nessa criação, devido à própria formação da professora Magaldi e de outros da equipe de trabalho:

No Departamento, eram Cecília Magaldi, que também tinha uma formação de saúde pública, mas da USP, e o Eurivaldo Sampaio de Almeida, que veio da Fundação SESP, o Nelson de Souza, que era da clínica médica, mas que estava fazendo um curso de nutrição na Guatemala. Acho que o Nagib Haddad [de Ribeirão Preto] dava a parte mais de estatística, e o Lupércio de Souza Cortez, que estava fazendo a residência em medicina preventiva em Ribeirão. Esse foi o começo do Departamento. (Massako Lyda, FM-Unesp)

A última escola médica fundada nesse período foi a Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, em 1963. Fruto da centenária experiência da Santa Casa de Misericórdia no campo médico-hospitalar e tendo sido o hospital-escola da Faculdade de Medicina da USP até meados dos anos 1950, esse lastro de experiências clínicas e tecnológicas foi reunido na criação de uma escola médica. Sob a direção de Emílio Athié, fizeram-se diversas viagens internacionais para encontrar os melhores dispositivos curriculares, tendo-se criado nove departamentos, entre eles o de Medicina Social, além de cursos especiais, tais como Cultura Geral, História da Medicina, Matemática, Medicina Legal, Administração Hospitalar e Enfermagem Prática (Doc. 2).

Cabe lembrar que o Ministério da Educação e Cultura aceitou a criação dessa escola mediante sua inscrição nos mesmos marcos do preventivismo que as demais escolas da época:

Então, a gente vai ter em São Paulo uma coisa interessante. É um foco na USP com Medicina Preventiva, com Pediatria dita Social, um professor da Escola Paulista de Medicina como Secretário, Ribeirão Preto com uma escola cujo diretor também esteve presente em Viña del Mar, entusiasmado com a medicina preventiva e, para a gente não ficar de fora do movimento, em 63, nasce a Santa Casa. (José da Silva Guedes, FCM-Santa Casa)

Nesse caso, havia também influência do pensamento produzido pela Faculdade de Saúde Pública da USP: “Na verdade, a gente já nasceu com essa perspectiva da saúde pública, porque foi o Airosa que veio para cá montar o departamento [de Medicina Social]. Ele estava vindo da saúde pública, mas podia ter sido completamente diferente” (Rita Barradas Barata, FCM Santa-Casa).

O Departamento de Medicina Social iniciou suas atividades no ano de 1966, sendo convidados para tal três médicos: “[...] o professor Diogo Pupo Nogueira, o professor Ítalo Martirani e o professor Bernardo Bedrikow [...], e aí eles convidaram o professor Airosa Galvão, que era um entomologista, e o José da Silva Guedes, que tinha se formado na Medicina da USP e tinha uma visão também social” (Regina Giffoni Marsiglia, FCM-Santa Casa).

A proposta, nesse caso, era integrar as áreas básicas aos conhecimentos de medicina social e também fazer com que estes abrangessem toda a formação do primeiro ao sexto ano de graduação.

Considerando, agora, as duas primeiras faculdades medicina do município de São Paulo, ou seja, a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (1912) e a Escola Paulista de Medicina (1933),

elas vinham até os anos 1960 marcadas pelo Relatório Flexner, com um ensino ligado à capacitação rigorosa de técnicas, pautado no conhecimento experimental de base individual, proveniente da pesquisa em ciências biomédicas, reforçando a separação entre individual e coletivo, privado e público, biológico e social, curativo e preventivo¹⁹.

No caso da Escola Paulista de Medicina, nas palavras de Walter Leser, já havia no curso de higiene, ministrado ao 5º ano pelos professores Guilherme Arbanz, Otávio Germeck e Hélio Lourenço de Oliveira, algumas noções básicas de prevenção, mas que eram recebidas de forma tímida pelo alunado. Foi com o impacto de Viña del Mar que a escola distribuiu “as disciplinas da área de prevenção por todas as séries do curso, promovendo sua integração com os demais componentes do currículo e culminando com a criação do Departamento de Medicina Preventiva”²⁰ (p. 345). E assim se chamou, embora alguns da equipe preferissem o conceito e o nome de medicina social: “Mas não vingou, porque todo mundo te designa como “a preventiva”, dentro do Departamento mesmo! Eu brigava, achava uma luta política, um esforço para poder mudar. Até assumi um certo tempo a chefia, e mudei! Não adiantou nada” (Paulete Goldemberg, EPM-Unifesp).

Na Faculdade de Medicina da USP, mesmo o diretor, Aguiar Pupo, tendo participado da Conferência de Viña del Mar, em que se discutiu a atualização dos programas de medicina preventiva nas escolas médicas, só em 1967 houve institucionalmente um movimento nessa direção, com a criação da Cátedra de Higiene e Medicina Preventiva, transformada em 1969 no Departamento de Medicina Preventiva. Essa demora decorreu de um interesse maior na instituição de tecnologias médicas e na especialização médica²¹.

Porém, além da criação de um Departamento de Medicina Preventiva, foi com um recém-criado curso experimental no interior dessa escola que se puderam materializar as premissas preventivistas:

No começo, eram poucos [...] Wanderlei Nogueira da Silva já estava. Estavam o professor Guilherme Rodrigues da Silva, Euclides Castilho, Maria Cecília Ferro Donnangelo [...]. O Ruy Laurenti era professor da casa, aqui, depois foi lá para a Saúde Pública. Outros vieram entre 1970 e 1972, com o Curso Experimental. (Moisés Goldbaum, FM-USP)

Considerações finais

Se, por um lado, a criação das escolas médicas teve no período desenvolvimentista de São Paulo interfaces com as necessidades estaduais para a formação de uma elite letrada, no que a medicina teve papel central, por outro, esse processo se deveu também a um momento bastante particular – a emergência das propostas preventivistas na formação médica e no campo da saúde pública. No entanto, se essas dimensões poderiam redundar em homogeneidade institucional, cabe aqui destacar certas particularidades envolvendo atores e suas propostas.

As bases preventivistas não podem ser vistas sem suas aplicações *in loco*, sem suas propostas de grupo ou mesmo sem sua capacidade de imprimir inovações expressas da própria história de cada uma dessas escolas médicas no período. Só por um tal viés analítico poderemos perceber, mais adiante, a participação desses grupos e suas instituições na formulação de um pensamento social em saúde e da Saúde Coletiva brasileira e considerar que esse pensamento é composto por diversas correntes.

Discutindo a base teórica pautada no conceito da história natural das doenças²², Arouca chama a atenção para a mitificação de conceitos caros ao preventivismo e à medicina comunitária, como os de “população e comunidade”, que seriam utilizados para neutralizar a ideia de classes e os interesses conflitantes, despolitizando a pluralidade dos grupos e das minorias⁶. Sobre esse tema, Donnangelo e Pereira estudaram certos traços constitutivos da medicina comunitária, pois:

[...] frente à ausência ou à presença de uma real identidade de interesses, a proposta comunitária visualiza e implica a possibilidade de criar ou recriar uma comunidade [...] mais que isso, todavia, a prática médica se encontra aqui, de forma mais direta, com a possibilidade inerente à estrutura social de enfrentamento entre interesses conflitantes e com a necessidade, também estrutural, de deslocamento ou eliminação de tensões sociais²³ (p. 79).

Esses questionamentos são muito importantes para compreender como se deu a influência do preventivismo ou da medicina comunitária sob a complexidade institucional, corporativa e mesmo teórica, absorvida de formas diversas. Nesse sentido, para além da própria criação das escolas médicas desse período definido como desenvolvimentista (1940-1960), produziram-se experiências plurais que se efetivariam entre o preventivismo e a medicina comunitária, originando modos variados da organização curricular e prática em cada instituição. E foi nessa diversidade que se incorporou a proposta de uma medicina social, feita originalmente por Juan César García e valorizando a presença do social na saúde².

É de tais influências que um pensamento social em medicina e saúde começa a ser elaborado de forma sistemática e com caráter interdisciplinar, matéria central para compreender desdobramentos que levariam à criação do que se chama Saúde Coletiva.

Colaboradores

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

Referências

1. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saude Soc.* 1994; 2(3):5-21.
2. Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saude Soc.* 2015; 24(1):205-18.
3. Vieira da Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3-12.
4. Camargo A. História oral e política. In: MORAES M, organizadora. *História oral.* Rio de Janeiro: Diadorin, Finep; 1994. p. 75-100.
5. Schraiber LB. *Educação médica e capitalismo.* São Paulo: Hucitec; 1989.
6. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Unesp; 2003.
7. Mascarenhas RS. História da Saúde Pública no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 1973; 7:433-46.
8. Silva GR. As origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev Hosp Clin Fac Med USP.* 1973; 28:91-6.
9. Arruda MAN. Empreendedores culturais imigrantes em São Paulo de 1950. *Tempo Social – Rev Soc USP.* 2005; 17(1):135-58.
10. Vaidergorn J. As seis irmãs – as Faculdades de Filosofia, Ciências e Letras: institutos isolados de ensino superior no estado de São Paulo – 1957-1964 [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 1995.
11. Hobsbawm EJ. *Era dos extremos: o breve século XX: 1914-1991.* São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
12. Mota A. *Tropeços da Medicina Bandeirante: medicina paulista 1892-1920.* São Paulo: EDUSP; 2005.

13. Araújo MJ. A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto 1948-1975 [tese]. São Carlos (SP): Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos; 2007.
14. Almeida FO. Coesão e interesses da medicina paulista diante do populismo adhemarista: contradições e ambivalências. *Soc Cult.* 2011; 14(1):131-9.
15. Nosella P, Buffa E. Educação superior e desenvolvimento no estado de São Paulo. *Cad Hist Educ.* 2005; 4:167-82.
16. Rossini LL. As origens da educação superior em Sorocaba: a Faculdade de Medicina e a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras [dissertação]. Sorocaba (SP): Universidade de Sorocaba; 2015.
17. Briani MC. História e construção social do currículo na educação médica: a trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2003.
18. Nunes ED. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso 1965-1990. *Hist Cienc Saude – Manguinhos.* 1999-2000; 6(3):631-57.
19. Almeida Filho N, Paim JS. A crise da saúde pública e o movimento de saúde coletiva na América Latina. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 1995.
20. Leser WSP. Discurso nas novas instalações do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina em 1980 In: Bonfim JRA, Bastos S, organizadores. Walter Sidney Pereira Leser: das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 344-46.
21. Silva GR. Da higiene à medicina preventiva: história do departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. *Rev Méd (São Paulo).* 2002; 81:24-7.
22. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
23. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Mota A, Schraiber LB, Ayres JRCM. Desarrollismo y prevención en las raíces de la Salud Colectiva: reformas de la enseñanza y de la creación de escuelas médicas y departamentos de medicina preventiva en el estado de São Paulo, Brasil, 1948-1967. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(65):337-48.

La reforma médica estadounidense de los años 1940-1950 envolvió corrientes de pensamiento con desarrollo propio y diferentes estrategias de cambio pero que convergían en un ideario alrededor de la Medicina Preventiva. Para la incorporación de ese movimiento en América Latina y la puesta en práctica de una propuesta común se organizaron una serie de encuentros con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (Opas) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Su impacto en São Paulo resulta en el surgimiento de nuevas escuelas de medicina, particularmente en el interior y en una reorganización de las existentes, con la creación de departamentos de Medicina Preventiva, Medicina Social o Medicina en Salud Pública. Con énfasis en el período de 1948 a 1967, ese momento histórico se examinó por medio de documentos sobre la historia de esos departamentos y de entrevistas con constructores de la Salud Colectiva en São Paulo.

Palabras clave: Escuela médica. Medicina Preventiva. Desarrollismo de São Paulo. Salud Colectiva.

Submetido em 01/11/17. Aprovado em 22/11/17.

Developmentalism and preventivism at the root of Collective Health: teaching reforms and the creation of Medical Schools and Departments of Preventive Medicine in Sao Paulo state, Brazil, 1948–1967

André Mota^(a)

Lilia Blima Schraiber^(b)

José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres^(c)

(a, b, c) Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. Av. Dr. Arnaldo, 455, Cerqueira César. São Paulo, SP, Brasil. 01246-903. amota@museu.fm.usp.br; liliabli@usp.br; jrcayres@usp.br

The US medical reform in the 1940's and 1950's included schools of thinking with unique developments and several change strategies, even though they eventually converged in a set of ideas referred under the term Preventive Medicine. In order to expand this movement to Latin America and to make it coalesce in a common proposal, Pan American Health Organization (Opas) and Mondial Health Organization (OMS) supported a series of meetings organized to that end. Their impact was felt in Sao Paulo state, resulting in the outcropping of new Medical Schools, especially outside the capital city, as well as in a reorganization of previous ones, creating Preventive Medicine, Social Medicine or Public Health Medicine departments. This particular historical moment, specifically from 1948–1967, was examined through documents dealing with the history of those departments and interviews with pioneers of Collective Health in Sao Paulo.

Keywords: Medical School. Preventive Medicine. Sao Paulo Developmentalism. Collective Health.

Introduction

The literature dealing with the rise of the Collective Health movement in Brazil¹⁻³ suggests that its historical roots date back to 1950–60, linked to the USA movements for reforming medical education (comprehensive and preventive medicine) as well as the healthcare reforms oriented to incorporate the poorest population (community medicine). The emergence of this movement was investigated in order to examine this historical process and research its peculiarities in the way it happened in the state of São Paulo. This article frames this historical moment, but deals especially with preventive medicine departments in connection with medical schools. For this end, the period considered depicts a set of new schools that are created in São Paulo based on the preventivist movement, conjugated to the so-called São Paulo developmentalism between 1940 and 1960, along with major reformulations in existing schools.

The methodology adopted encompassed bibliographic research, desk review and oral history. The documents collected and used in this study are institutional records of the medical schools that were the *loci* of the departments that came to be linked to Collective Health. These schools are listed in Table 1. Through oral history we obtained the testimonies of those who experienced the creation of the Collective Health of São Paulo and its further development. We included in the survey 38 key informants drawn from the institutional base represented in terms of their historical experience: academic institutions participating in Collective Health; State Department for Health of São Paulo, subjects chosen among formulators and scholars of Sao Paulo health policy; and institutions that were a fundamental support to Collective Health. Table 2 shows the interviewees discriminated by institution, scientific subarea mentioned in the interview, sex and type of historical performance in the field: if the interviewee participated before 1980, was labeled as 'formulator'. Those who had activities later than 1980 were classified as 'participants'. Using triangulation with documentary data, we analyzed the testimonials that were pertinent to the selected frame of the present study. They were personally identified and presented in the text by their names followed by their respective institutions. This procedure was agreed upon regarding ethical terms at the time of recording the interviews, and it was adopted because they are public figures notoriously recognized as actors–authors of

the history of Collective Health. The analytical interpretation of these interviews allowed us to reach what Camargo defined, in relation to oral history, as:

[...] the actors from within, the core of their political culture, and a political culture in motion

[...] an object of study that lends itself to the enhancement of two basic qualities: information synchronization and condensation. This means that its use makes it possible to understand very complex systems and reality that cannot be ever understood through traditional, specialized and fragmented sources⁴. (p. 84)

Table 1. Documents collected about the academic institutions related to Collective Health according to scientific sub-area, sex and type of historical actor, São Paulo, Brazil, 2015–16.

Document number	Institutional book
Doc 1	Carneiro HF. A Faculdade de Medicina de Sorocaba e os 50 Anos de sua história. Sorocaba: Grafilínea Editora, 1999.
Doc 2	Marsiglia RMG. (org) Ensino de graduação em saúde: ingresso e inserção profissional. FCMSCSP, 1963–2013. São Paulo: CDG Casa de soluções e editora, 2013.
Doc 3	Mota A; Marinho MGSMC. (org.) Trajetória da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – aspectos históricos da Casa de Arnaldo. São Paulo: CDG Casa de Soluções e Editora, 2012.
Doc 4	OPAS. Seminarios sobre la Enseñanza de Medicina Preventiva. 1955; Viña del Mar, Chile. 1956; Tehuacán, México. Washington: Oficina Sanitária Panamericana, n. 28; 1957.
DOC 5	Passos ADC. Medicina Social na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: Holos, 2014.
Doc 6	Saad MJA, Pereira RIC. Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (50 anos): a realidade ultrapassou o sonho. Campinas: Editora, 2013.
Doc 7	Schellini SA, Peraçoli JC (orgs). Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP, 50 anos. São Paulo: CDG Casa de Soluções, 2013

Table 2. Subjects interviewed by institution linked to Collective Health according to scientific sub-area, sex and type of historical actor, São Paulo, Brazil, 2015–16.

Institution	Total	Sub-area			Sexo		Type of Actor	
		EPI	CSH	PPG*	M	F	F	P
Academics								
FM USP	8	4	2	2	4	4	6	2
EE USP	2	0	1	1	0	2	2	0
FSP USP	4	0	2	2	1	3	2	2
FCM Sta Casa	5	2	2	1	3	2	4	1
FCM Unicamp	3	0	2	1	3	0	2	1
EPM Unifesp	3	0	1	2	2	1	3	0
FCM Unesp	2	0	1	1	1	1	1	1
FMRP USP	3	1	1	1	2	1	3	0
EERP USP	1	0	0	1	0	1	1	0
Sub total:	31	7	12	12	16	15	24	7
SES SP								
Gabinete	2	0	0	2	2	0	2	0
Instituto Saúde	2	0	0	2	0	2	2	0
Sub total:	4	0	0	4	2	2	4	0
Associações								
Cebes	1	0	0	1	1	0	1	0
APSP/AMSESP	2	0	0	2	2	0	1	1
Sub total:	3	1	0	3	3	0	2	1
Grand Total:	38	7	12	19	21	17	30	8

Preventivism and medical schools in Brazil

The medical reform that materialized between the years 1940–50, as a result of the specific science aspects revolving around the structuring of the American medical schools in the previous decades under the impact of the Flexner Report, included several currents of thought regarding matters that were closely related although:

[...] with their own developments and different reform strategies: for example, these topics include Comprehensive Medicine, Preventive Medicine, Family Medicine, General Medicine, Community Medicine, Teaching–Service Integration, as well as the different formulations produced under the umbrella term of Human Resource Planning⁵. (p. 106)

In all of them there was an integrative component due to the specialized fragmentation in the training and the need for a change that was imposed from the outside to the medical practice, as a reflection of the new social needs related to medical care, i.e.:

[...] those needs that would have been hitherto mainly directed towards the cure of diseases would be reoriented towards the attainment of a global state of health, a reorientation that was allowed by advances in medical knowledge already available. To that extent, a complete recovery of the patient, and at the same time, the prevention of diseases, are the new requirements that are supposed to be present in care practice, demanding a reconfiguration of the individual medical act following these lines⁵. (p. 112-3)

To fulfill these demands, several meetings were organized aiming to articulate the different visions of those currents of thought. The Pan American Health Organization organized seminars involving Latin American countries inspired by the pioneering conference organized in November 1952 in Colorado Springs, USA by the American Association of Medical Colleges (1953), and funded, inter alia, by the Rockefeller Foundation. Those seminars were interested in promoting on a more general level, actions in the field of public health, as well as individual health care. It was in this context that the preventivist ideology emerged, stemming from three aspects:

[...] firstly Hygiene that will make its appearance in the nineteenth century, closely linked to the development of capitalism and liberal ideology; second, the public discussion regarding the costs of medical care in the 1930s and 1940s in the United States, already happening under a new division of international power and within the very dynamics of the Great Depression, which will shape the emergence of the intervening state; and third, the emergence of a redefinition of medical responsibilities appearing within medical education⁶. (p. 109)

Its directives echoed during the debate regarding a new professional training advocated by the Seminars that were held in Viña del Mar, Chile, 1955 and Tehuacan, Mexico in 1956 (Doc 4). The presence of Brazilians, including several coming from São Paulo^d, reveals the level of interest and impact in medical schools. This also introduced changes in the Faculty of Public Health, when Rodolpho Mascarenhas incorporated that theoretical reference in 1962 and was invited to support the Secretariat for Health of São Paulo state, at the invitation of Secretary Walter Leser⁷. It also had repercussions in Nursing Schools, although these repercussions happened in a later stage, already as an influence of medical schools and public health:

It was a strategic position of Maria Jacira^e. (...) It began with the reform of USP in the late 1960s. From then on we began to be called 'preventive and community nursing'. We will then create a department with the name of 'preventive and community nursing' At that moment it was around 1986 to 87 ... (Emiko Egry; EEUSP)

Throughout Latin America and especially in Brazil, new medical schools were created, meanwhile the curriculum of the existing ones was experiencing reorganization. In all of them, the preventivist bases acquired relevant space⁸. Regarding the institutional organizing axis, it was recommended:

[...] the need to adjust the number of students to the technical and economic possibilities of good teaching and to improve and increase these possibilities along with the growth of the country needs for more doctors; the careful selection of students, taking into account their intelligence, basic knowledge, character and attitudes; the existence of a core group of professors and

^(d) **Alagoas**: Abelardo Duarte, José L. de Gusmão Lyra; **Bahia**: Rodrigo Argollo Ferrão, Ruy Santos; **Ceará**: Francisco Araújo, Jurandir Picanço; **Minas Gerais**: Josias Vaz de Oliveira, Justino Moraes Sarmento, Leontino da Cunha; **Pará**: José R. da Silveira Netto; **Paraíba**: Humberto da Cunha Nóbrega, Newton Lacerda; **Paraná**: Milton Munhoz; **Pernambuco**: Álvaro Vieira Mello, Antônio S. dos Santos Figueira, Joaquim Costa Carvalho, Waldemir Miranda; **Rio de Janeiro**: Almir Castro, Hamilton Lacerda Nogueira, João Barros Barreto, Manoel José Ferreira; **Rio Grande do Sul**: Luís Guerra Blessmann, Paulo Moreira; **São Paulo**: Augusto Leopoldo Ayrosa Galvão, João de Aguiar Pupo, Jairo Ramos, José L. Pedreira de Freitas, José Maria Freitas, Raphael de Paula Souza, Walter Pereira Leser, Zeferino Vaz (Doc 4).

^(e) The text refers to Professor Maria Jacira de Campos Nogueira, from the School of Nursing, USP

collaborators with exclusive dedication to teaching and research in basic sciences, recognizing the convenience of starting with the same teaching regime in the clinical branches, as soon as the core group is consolidated; the primary duty of schools to train general practitioners, and then to prepare specialists in subsequent courses; the convenience of having a period of exclusive dedication to practical work in the hospital and in the outpatient clinic at the end of medical studies as interns (Doc 4, p.8).

The teaching of medicine using this perspective should equip the future doctor with:

[...] an understanding of the scope and possibilities of prevention, motivating a transformation of attitude towards a more holistic concept of medicine. It should provide it with fundamental notions, norms and techniques to protect and promote the health of individuals in order to incorporate them into daily practice (Doc 4, p. 8).

For this, the discipline of Preventive Medicine should contemplate a series of topics:

[...] biostatistics, epidemiology of processes that affect groups, regardless of etiology, not only communicable diseases, but also sanitation, stressing the medical foundations, instead of those techniques that correspond to the public health, family medical and social problems both from community and country, social anthropology and ecology, health education techniques that should be used by the physician, occupational medicine, knowledge of public health and healthcare medical organizations (Doc 4, p.9).

Metropolis interiorization: about the constitution of medical schools in the *paulista* countryside (1948–1963)

The state of São Paulo was the privileged place in Brazil for the implementation of these new proposals for medical education reform, since it presented itself to the world as the Brazilian state that had appropriate potentialities. According to Arruda, in the 1950s:

The economy of São Paulo was anchored in extremely favorable conditions for its full development, with the powerful expansion of its accumulation capacity through the integration of coffee activities, varied agriculture, the internal transport network, the diversification ranging from the small retail trade to the large wholesale companies the banking sector and, above all, the apparent potential from the industrial sector⁹. (p. 136)

For this political project of re-democratization linked to the new developmental needs, São Paulo associated in a single movement the economic recovery, the valorization of the municipalities and the determinations contained in the São Paulo Constitution of 1947, advancing in the professional and scholar training of certain groups and impelling actions of interiorization of educational institutions, among them the universities¹⁰. Whenever the topic was medical education, then considered a subject that "even the most distant and backward people recognized as an advantage, even when they could not share it"¹¹ (p. 346), it is shown in the documents that there was an intense game of forces both political and academic, at the local, state and federal levels. In this game preventivism as a medical innovation would make a difference.

It was in this context that a not well-defined group of medical schools was created ranging between what would be state or private, state or federal, resulting in diverse medical training profiles, due to their local specificities. In addition to the lack of seats in the two schools of the capital – the Medical School of the University of São Paulo, created in 1912¹² (Doc 3), and the Escola Paulista de Medicina in 1933¹² –, the argument for the creation of medical schools was to provide the countryside student with:

[...] a cost of living that was extremely lower than in the capital, and fundamentally in the case of medicine, would retain the future doctor in the rural area, where he could develop research and practice, concerned in addressing specific health problems in the region¹³. (p. 77)

Additionally, a whole network of medical professionals under the leadership of professors from medical schools and the Paulista Medical Association, claimed for the need of statutory changes for their professionals, salary equalization, gradually building up a full demonstration of the medical corporate force¹⁴.

It was with this motto that, in 1947, the physician-politician Adhemar de Barros toured the countryside in his electoral campaign to the state government, with the promise of building the "University of the Interior". After winning the election and with enormous pressure from interior cities, that same year Bill no. 10 of the Legislative Assembly was halted by an Opinion from the Commission of Teaching and Regiment of the University of São Paulo on such an attempt. Signed by Zeferino Vaz, the project was assessed as imperfect and unenforceable. Specifically, it was modified stopping the creation of a university, instead proposing higher education schools subordinated to the University of São Paulo (USP). As a result, on August 20, 1948, legislation was passed approving the emergence of three higher schools under the administration of USP: the Ribeirão Preto Medical School, the Pharmacy and Dentistry School of Bauru and the Escola de Engenharia de São Carlos¹⁴.

This action allowed two core centers of higher education to emerge in the Sao Paulo state: one that concentrated more socially prestigious careers, with courses planned by the State, and another formed by mainly private, isolated schools. Beginning in the 1950s, the core of state schools grew in a controlled manner, followed by the first six Faculties of Philosophy, Sciences and Letters, which in 1976 became the State University of São Paulo (UNESP). However, the core of private schools grew more and more disorderly throughout the municipalities in the interior, and not all of them achieving long life¹⁵.

The first experience in the country initiated as a municipal political project for the creation of an "interior" medical school was in Sorocaba. At the end of the 1940s,

the local forces of the Catholic Church, in the figure of Father André Pieroni, and of the city hall, in the figure of the doctor and mayor Gualberto Moreira converged, the former with the intention of creating a faculty of philosophy while the latter aimed for a medical school (Doc 1).

The operation of the faculty resulted from the Federal Decree n. 28.003, dated April 14, 1950 and signed by the president Eurico Gaspar Dutra which, in its article 1, designates the Sorocaba Foundation of the State of São Paulo^f as its manager agency. Its faculty, almost all made up of USP professors – Antonio Dacio Franco do Amaral, Carlos da Silva Lacaz, Charles Edward Colbertt, Ernesto de Souza Campos, Odorico Machado de Souza and Samuel Pessoa, among others –, developed a medical school following the Flexnerian line, but with a low complexity laboratory base. A Public Health Laboratory was also built, following the hygienist tradition, not being part of the ongoing preventive movement. The newly founded Santa Lucia Hospital, equipped by the Votorantin Industries, at that time considered a modern hospital, changed its original maternity character gaining the status of a general hospital in order to host the medical school that was being formed¹⁶.

The efforts for the construction of a Faculty of Medicine in Ribeirão Preto were a joint endeavor of the state political plan and the local elites. The unquestionable economic importance of the municipality in the production of sugar and alcohol also defined the strength of its representatives in the Legislative Assembly in order to have the approval for a medical school. At the municipal level, "everyone worked hard. The Medical Center, the hospitals, the directors of the Faculty of Dentistry and Pharmacy, the colleges, the press, the Municipal Chamber, the City Hall"¹³ (p. 76). However, it was not until 1951 that a Memorandum was sent to state Governor Lucas Nogueira Garcez, pointing out the infrastructural and academic conditions for the project¹³.

Influenced by the Pan American Congress of Medical Education held in Peru, the teaching regime was written and presented to the University Council, being approved with Law n. 1,467, dated December 26, 1951. Once this law was passed in 1952 and

^f In the 70's there was an economic downturn that closed the Foundation that managed the School, and the medical school was fully incorporated into the Sao Paulo Pontifical Catholic University in order to keep it running.

having as first director Zeferino Vaz, the basic disciplines began in the first year of medical education (Doc 5). As a contributing force, the presence and interest of the Rockefeller Foundation influenced and invested in the construction of classrooms and laboratories as well as subsidizing the training of teachers in the USA. In ten years, the Foundation invested one million dollars in all these projects¹³. The results were considered innovative and in a short time the institution would become a national reference.

To do this, it swiftly introduced the preventive precepts, concomitantly with its institutional organization. In this process and as early as 1954, the professor of Hygiene Pedreira de Freitas was responsible for organizing and founding a new area of teaching and research, Hygiene and Preventive Medicine, inspired by his trips as a fellow of the Rockefeller Foundation to the USA and Puerto Rico. Also was influential his connection with the Samuel Pessoa⁹ group and his prestige as an official participant in the First Seminar on Preventive Medicine Teaching, held in Viña del Mar, Chile (Doc 5).

Among the initiatives, it is worth mentioning two core groups:

(1) The need to avoid teaching Hygiene as an isolated discipline, but as a point of view that should permeate the training of the future doctor, especially in his activity with the patient, which made it absolutely necessary to develop the Chair, previously framed as Preventive Medicine, together with the clinical sector and in collaboration with other chairs; (2) Since Epidemiology is the main element for understanding the natural history of diseases, in order to provide the basis for its prevention, it recognized the importance of having a statistician in the Department. For that purpose, he invited Professor Geraldo Garcia Duarte, a professor in the Statistics Department of the School of Public Health at USP [...] (Doc 5, p.14).

In Campinas, the reflections of this interiorization were soon apparent. The local efforts were directed towards a medical school, meanwhile USP, which would be

⁹ Samuel Barnley Pessoa was an important parasitologist, highly concerned with issues related to poverty and social backwardness in the country

responsible for the new school, proposed a Law School. There was an intense clash in the City Chamber and a strong opposition from the leading group of USP, including the Faculty of Medicine, whose budget was decreased because of the school of Ribeirão Preto, and saw in this project another threat to their interests. However, under the intense political pressure that gained momentum in the State Assembly in 1953, Law no. 2,154 was replaced, with the triumph of the proposal to create a medical school in Campinas (Doc 6).

However, little was done to make it reality (Briani, 2003), and in 1958, the topic returned to the fore, when other cities presented interest in a medical school: Botucatu, Catanduva and São José do Rio Preto. Feeling the danger of seeing its project to fail, the Campinas elite re-grouped forces and pressed in every way the state government, in the so-called Pro-Faculty Movement:

[...] in the year 1959, the Campinas bench in the State Legislative Assembly maintained pressure for the installation of the Faculty of Medicine. In the same period, the CEE-SP (State Council of Education of São Paulo) decided to appoint a commission, with the purpose of giving its opinion on the creation of a new medical school in the State. Zeferino Vaz was opposed to the installation of the faculty in Campinas and was nominated by the local press "Campinas number one enemy".¹⁷ (p. 81)

As a way to end this impasse it was presented a memorial describing the infrastructural, corporate and geographic conditions of Campinas, even with the addition of an underlying ultimatum, consisting in a proposal of then president Juscelino Kubitschek aiming for the foundation of a federal medical school in the city. In a Report of Analysis, bearing the names of Zeferino Vaz, Cantídio de Moura Campos, Isaías Raw and Paulo Vanzolini and the final signature of Ulhôa Cintra, it was decided in 1963 favorable to the creation of two state medical schools without the direction of the USP: one in Botucatu and another in Campinas. Curiously, the latter was assumed by Zeferino Vaz himself (Doc 6). In fact, many teachers from Ribeirão Preto contributed to the formation of the Campinas medical school, as well as the creation, in 1965, of

its department of Preventive Medicine. Ribeirão Preto was the origin of the teachers Miguel Inacio Tobar Acosta, founder of this department, Manildo Fávero, Ana Maria Tambelini Arouca and Antonio Sérgio Arouca, author of the book *The Preventivist Dilemma* (2003), a doctorate thesis defended in 1976, now a classic of Collective Health:

When I was in the sixth year, I did all my optional time in preventive medicine, and Arouca was already a resident that year. It was the last year that he stayed in Ribeirão Preto, before going to Campinas. And we talked a lot, like young people do. And Arouca was a remarkable character; we liked him a lot ... very emphatic in his positions. And when he decided to transfer himself, he moved with Ana Maria Tambelini, the two were residents then. He was invited by Tobar, who wanted to remodel the Campinas Department. He said: let's go there, but I felt a lot of insecurity, Campinas was even newer. He stayed for a short time and then went to Rio de Janeiro for the ENSP. And I had a teacher, Manildo Fávero (...) he also transferred himself to Campinas while I stayed in Ribeirão. (Juan Stuardo Yazlle Rocha, FMRP USP).

The curriculum of the Faculty of Medical Sciences of Unicamp was also influenced by the discussions of the meetings and congresses on preventive medicine and medical training proposed a decade earlier, including, therefore, preventivism. According to Everardo Nunes, the course in Campinas would have been initially theoretical-conceptual:

It was given to the students of the 3rd medical year during the first semester of 1965, and it consisted of different courses in anthropology, sociology and social psychology, with very little health content. It was mainly on subjects of folk medicine and discussions about the possibilities of applying the social sciences to the field of medicine. Even in the second semester, the course given to 2nd year students did not differ much from this first experience¹⁸. (p. 635)

From the 1970s, preventive and social medicine was established as a field, with hygiene and sanitation as its founding references:

[...] was interesting, because in this department, we had mathematics and statistical methodology, history of medicine and notions of law, passed to either the Institute of Mathematics or Legal Medicine, and were created instead of these disciplines, Health and Hospital Management, Maternal and Child Health. (Everardo Duarte Nunes, FCM Unicamp).

It was also under the Carvalho Pinto government (1959–63) that the creation of the Botucatu Medical School was presented to the Legislative Assembly of São Paulo, also the result of many disputes over the interiorization of higher education in the state. In that heated debate, there is a record as early as 1957, when Congressman Francisco Franco resumes the discussion of the need to train young interns of that region in a medical university course, presenting Botucatu's qualifications to receive such a school (Doc 7).

The first group of the Faculty of Medicine of Botucatu began in 1963, when there was still no teaching linked to the preventivist movement. It was only in 1969, following the initiative of Professor Cecilia Magaldi, that this department emerged, albeit not by that name:

The Department was called Medicine in Public Health and Legal Medicine. Years later and already with the term Collective Health in the public debate, the Department decided to simply be called "Public Health" and not "Collective Health" [...] and this is the name it has until today (Antonio PP Cyrino , FCM UNESP).

This fact already indicates the influence of sanitarianism in this process, due to the kind of training Professor Magaldi had as well as others of the work team:

In the Department, Cecília Magaldi, who also had a public health training, but from USP, and Eurivaldo Sampaio de Almeida, who came from the SESP Foundation, Nelson de Souza, coming from the medical clinic but who was taking a course of nutrition in Guatemala. I think Nagib Haddad [of Ribeirão

Preto] was the statistician person, and Lupércio de Souza Cortez, at the time doing his residency in preventive medicine in Ribeirão. This was the beginning of the Department (Massako Iyda, FCM UNESP).

The last medical school founded in this period was the Faculty of Medical Sciences of the Santa Casa de Misericórdia de São Paulo in 1963. Fruit of the centenary experience of Santa Casa de Misericórdia in the medical-hospital field and having been the school hospital of the Faculty of Medicine of USP until the mid-1950s, this treasure of clinical and technological experiences was gathered in the creation of a medical school. Under the direction of Emílio Athié, several international trips were made to define the best curricular devices, creating nine departments, among them Social Medicine, as well as special courses such as General Culture, History of Medicine, Mathematics, Legal Medicine, Hospital Administration and Practical Nursing (Doc 2).

It should be remembered that the Ministry of Education and Culture accepted the creation of this school by enrolling it in the same frameworks of preventivism as the other schools of the time:

So we're going to have something interesting in São Paulo. There is a focus in USP with Preventive Medicine, with the so called "Social Pediatrics", a professor of the Paulista School of Medicine as Secretary, Ribeirão Preto with a school whose director was also present in Viña del Mar, enthusiastic about preventive medicine and, as a way for us to avoid staying out of the movement, in 63 is born Santa Casa (José da Silva Guedes, FCM Santa Casa).

In this case, there was also influence of the thought originated in the Faculty of Public Health of USP:

In fact, we have already been born with this perspective of public health, because it was Airosa who came here to set up the [Social Medicine] department. He was coming from public health, but it could have been completely different. (Rita Barradas Barata, FCM Santa Casa).

The Department of Social Medicine began its activities in 1966, and three physicians were invited to be part of it:

[...] Professor Diogo Pupo Nogueira, Professor Italo Martirani and Professor Bernardo Berlicó [...], they invited Professor Airosa Galvão, who was an entomologist, and José da Silva Guedes, who had graduated in Medicine from USP having also a social vision (Regina Giffoni Marsiglia, FCM Santa Casa).

The proposal, in this case, was to integrate the basic areas to the knowledge of social medicine and also to make them encompass all the training from the first to the sixth year of graduation.

Considering now the first two medical schools of the municipality of São Paulo, namely the School of Medicine of the University of São Paulo (1912) and the Paulista School of Medicine (1933), they stayed until the 1960s under the framework of the Flexner Report, using teaching linked to the rigorous training of techniques, based on individual experimental knowledge, from research in biomedical sciences, reinforcing the split between individual and collective, private and public, biological and social, curative and preventive¹⁹.

In the case of the Paulista School of Medicine, Walter Leser tells us that there were already some basic notions of prevention in the 5th grade course of Hygiene given by teachers Guilherme Arbanz, Otávio Germeck and Hélio Lourenço de Oliveira that were reluctantly accepted by the students. It was with the impact of Viña del Mar that the School distributed "the disciplines of the area of prevention in all the years of the course, promoting its integration with the other components of the curriculum and culminating in the creation of the Department of Preventive Medicine"²⁰ (p. 345). And so it was called, although some of the staff preferred the concept and the name of Social Medicine: But it didn't get traction, because everyone calls you 'the preventive', even within the department! I fought, I thought it was a political struggle, an effort to be able to change. I even took the lead for a while, and I changed it! It did not prevail (Paulete Goldemberg, EPM UNIFESP).

At the University of São Paulo Medical School, even though the director, Aguiar Pupo, participated in the Viña del Mar Conference in which the preventive medicine

programs in medical schools were discussed, it was only in 1967 that a movement in this direction was consolidated with the creation of the Chair of Hygiene and Preventive Medicine, transformed in 1969 in the Department of Preventive Medicine. This delay was the consequence of the institutional larger interest in the regarding medical technologies and medical specialization²¹.

However, besides the creation of a Department of Preventive Medicine, the preventivist premises were able to flourish through a newly created Experimental Course within this school:

In the beginning, there were a few [...] Wanderlei Nogueira da Silva was already there. They were Professor Guilherme Rodrigues da Silva, Euclides Castilho, Maria Cecília Ferro Donnangelo [...]. Ruy Laurenti was a teacher there and then went to Public Health. Others came between 1970 and 1972, with the Experimental Course (Moisés Goldbaum, FM USP).

Final considerations

On the one hand, the creation of medical schools had in the developmental period of São Paulo interfaces with the state needs for the formation of literate elite, in which medicine played a central role. However, on the other hand this process was also due to a quite particular moment – the emergence of preventivist proposals in medical education and in the field of public health. However, even if these dimensions could finally result in institutional homogeneity, it is worth highlighting certain particularities involving actors and their proposals.

Preventivist foundations cannot be seen without their applications on the ground, without their group proposals or even without their ability to push for innovations, as it is expressed from the history of each of these medical schools in the period. Only using an analytical bias we may perceive, the participation of these groups and their institutions in the formulation of a social thought in health and Brazilian Collective Health and consider that this thought is composed of several currents.

Discussing the theoretical basis for the concept of natural history of diseases²², Arouca draws attention to the mythic concepts dear to preventivism and community medicine, such as those of population and community, which would be used to neutralize the idea of classes and conflicting interests, depoliticizing the plurality of groups and minorities⁶. On this subject, Donnangelo and Pereira studied certain constitutive features of community medicine because:

[...] in the absence or presence of a real identity of interests, the Community health proposal envisions and implies the possibility of creating or re-creating a community [...], however, medical practice faces here and in a straight way the inherent chance due to the social structure, of confrontation between conflicting interests and with the also structural need of displacement or blocking the social tensions²³ (p. 79).

These questions are very important to understand how the influence of preventivism or community medicine has been under institutional, corporate and even theoretical complexity, absorbed in different ways. In this sense, in addition to the creation of the medical schools of this period defined as developmentalist (1940–1960), plural experiences took place between preventivism and community medicine, giving rise to varied modes of curricular organization and practice in each institution. And it was in this diversity that the proposal of social medicine, originally made by Juan César García acknowledging the presence of the social issues in health, was incorporated².

It is from such influences that a social thought in medicine and health begins to be elaborated systematically and with an interdisciplinary character, central subject to understand subsequent processes that would eventually lead to the creation of what is called Collective Health.

Collaborators

The authors participated actively in the discussion of the results, the review and the approval of the final version of the manuscript.

References

1. Nunes ED. Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. *Saude Soc.* 1994; 2(3):5–21.
2. Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saude Soc.* 2015; 24(1):205–18.
3. Vieira da Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? In: Paim JS, Almeida Filho N, organizadores. *Saúde Coletiva: teoria e prática.* Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 3–12.
4. Camargo A. História oral e política. In: MORAES M, organizadora. *História oral.* Rio de Janeiro: Diadorin, Finep; 1994. p. 75–100.
5. Schraiber LB. *Educação médica e capitalismo.* São Paulo: Hucitec; 1989.
6. Arouca S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.* São Paulo: Unesp; 2003.
7. Mascarenhas RS. História da Saúde Pública no Estado de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 1973; 7:433–46.
8. Silva GR. As origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev Hosp Clin Fac Med USP.* 1973; 28:91–6.
9. Arruda MAN. Empreendedores culturais imigrantes em São Paulo de 1950. *Tempo Social – Rev Soc USP.* 2005; 17(1):135–58.
10. Vaidergorn J. *As seis irmãs – as Faculdades de Filosofia, Ciências e Letras: institutos isolados de ensino superior no estado de São Paulo – 1957–1964 [tese].* Campinas (SP): Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 1995.
11. Hobsbawm EJ. *Era dos extremos: o breve século XX: 1914–1991.* São Paulo: Companhia das Letras; 1995.
12. Mota A. *Tropeços da Medicina Bandeirante: medicina paulista 1892–1920.* São Paulo: EDUSP; 2005.
13. Araújo MJ. *A Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto 1948–1975 [tese].* São Carlos (SP): Centro de Educação e Ciências Humanas da Universidade Federal de São Carlos; 2007.
14. Almeida FO. Coesão e interesses da medicina paulista diante do populismo adhemarista: contradições e ambivalências. *Soc Cult.* 2011; 14(1):131–9.
15. Nosella P, Buffa E. Educação superior e desenvolvimento no estado de São Paulo. *Cad Hist Educ.* 2005; 4:167–82.
16. Rossini LL. *As origens da educação superior em Sorocaba: a Faculdade de Medicina e a Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras [dissertação].* Sorocaba (SP): Universidade de Sorocaba; 2015.
17. Briani MC. *História e construção social do currículo na educação médica: a trajetória do curso de medicina da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp [dissertação].* Campinas (SP): Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas; 2003.

18. Nunes ED. Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina: a história de um curso 1965–1990. *Hist Cienc Saude – Manguinhos*. 1999–2000; 6(3):631–57.
19. Almeida Filho N, Paim JS. A crise da saúde pública e o movimento de saúde coletiva na America Latina. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 1995.
20. Leser WSP. Discurso nas novas instalações do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina em 1980 In: Bonfim JRA, Bastos S, organizadores. Walter Sidney Pereira Leser: das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública. São Paulo: Hucitec; 2009. p. 344–46.
21. Silva GR. Da higiene à medicina preventiva: história do departamento de Medicina Preventiva da FMUSP. *Rev Méd (São Paulo)*. 2002; 81:24–7.
22. Leavell H, Clark EG. Medicina preventiva. São Paulo: McGraw–Hill; 1976.
23. Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Translated by Felix Rigoli

Avaliação de Impacto à Saúde (AIS) no Brasil e América Latina: uma ferramenta essencial a projetos, planos e políticas

Karina Camasmie Abe^(a)
Simone Georges El Khouri Miraglia^(b)

Abe KC, Miraglia SGEK. Health Impact Assessment (HIA) in Brazil and Latin America: an essential tool for projects, plans and policies. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):349-58.

The paper presents a literature review of the application of the Health Impact Assessment (HIA) methodology, disseminated by the World Health Organization in Brazil and Latin America. This study showed that the practice and application of the HIA is not common in Brazil or Latin America, as well as the analysis of health impacts is carried out in a superficial way regarding environmental licensing and public policies, indicating the need of the use of specific health impact assessment methodologies, professional training and government initiative. The adoption of HIA in Brazil could serve to avoid adverse health effects and could enhance the positive aspects, as well as to mitigate the negative aspects of projects and public policies, ensuring that people's health is not neglected.

Keywords: Health impact assessment. Public health. Brazilian National Health System. Health management. Brazil.

O presente artigo apresenta uma revisão de literatura e discute a aplicação da metodologia de Avaliação de Impacto à Saúde (AIS), divulgada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para o Brasil e América Latina. Esse estudo mostrou que a prática e a aplicação da AIS não é comum nestas regiões, e, além disso, a análise de impactos à saúde é realizada de forma superficial em licenciamentos ambientais e em políticas públicas, o que aponta para a necessidade da utilização de metodologias específicas, treinamento de profissionais e iniciativa governamental. A adoção da AIS no Brasil e América Latina evitaria a geração de efeitos adversos à saúde, potencializando os aspectos positivos, mitigando os efeitos negativos de projetos e políticas públicas, garantindo que a saúde da população não seja negligenciada.

Palavras-chave: Avaliação do impacto na saúde. Saúde pública. Sistema Único de Saúde. Gestão em saúde. Brasil.

(a, b) Laboratório de Economia, Saúde e Poluição Ambiental, Instituto de Ciências Ambientais, Químicas e Farmacêuticas, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua São Nicolau, 210, 4º andar, Diadema. São Paulo, SP, Brasil. 09913-030. abe_kc@yahoo.com.br; simone.miraglia@unifesp.br

Introdução

A Avaliação de Impacto à Saúde ou Avaliação do Impacto na Saúde (AIS) tem como marco inicial o documento chamado 'Consenso de Gotemburgo', publicado em 1999, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹. Tal instrumento descreve os conceitos principais e as abordagens possíveis, no âmbito local, nacional ou internacional. Em suma, a AIS é uma ferramenta que combina métodos quantitativos e qualitativos, atendendo a uma abordagem multidisciplinar, que considera uma vasta gama de efeitos à saúde¹⁻⁴. Anteriormente à publicação do Consenso de Gotemburgo, diversos estudos sobre avaliações de impactos à saúde foram realizados, no entanto, as metodologias aplicadas eram muito diversificadas, o que reforçou a necessidade da padronização de técnicas, etapas e análises de efeitos à saúde, possíveis de serem replicadas e aplicadas internacionalmente.

Para se entender a origem da AIS, também é necessário compreender o papel e a história do Estudo de Impacto Ambiental (EIA). O EIA surgiu há quase quatro décadas, nos EUA, a partir do *The National Environmental Policy Act* (NEPA), uma lei promulgada em 1969 e que vigorou a partir de 1970^{5,6}. Os idealizadores do EIA viam nele um instrumento político para forçar uma mudança de comportamento, de modo a atender demandas da sociedade para compatibilizar atividades econômicas e defesa ambiental. Assim, essa ferramenta proporcionou grandes avanços na área ambiental, mas também foi constante alvo de críticas⁷.

No Brasil, a origem do EIA seguiu a tendência verificada para países em desenvolvimento e está relacionada à necessidade de infraestrutura e logística na implementação de projetos de grande porte, a exemplo de polos industriais, petroquímicos, usinas hidrelétricas e demais empreendimentos dependentes de altos investimentos, inclusive internacionais^{7,8}. No Brasil, os primeiros estudos de avaliação de impacto ambiental foram os das barragens de Sobradinho, no Rio São Francisco (1972), e Tucuruí, no Rio Tocantins (1977), ambos financiados pelo Banco Mundial⁷.

O EIA-RIMA (Estudo de Impacto Ambiental e seu respectivo Relatório de Impacto Ambiental) foi regulamentado nacionalmente, a partir da Resolução CONAMA 001, de 23 de janeiro de 1986⁹, e foi um dos instrumentos da Política Nacional do Meio Ambiente (PNMA)¹⁰ para garantir a realização da Avaliação de Impacto Ambiental (AIA), cujo objetivo era a defesa do meio ambiente em projetos de grande escala. Essa resolução, em seu Artigo 1º, também estabeleceu a definição de impacto ambiental: "considera-se impacto ambiental qualquer alteração das propriedades físicas, químicas e biológicas do meio ambiente, causada por qualquer forma de matéria ou energia resultante das atividades humanas que, direta ou indiretamente, afetam: I - a **saúde**, a segurança e o bem-estar da população; II - as atividades sociais e econômicas; III - a biota; IV - as condições estéticas e sanitárias do meio ambiente; V - a qualidade dos recursos ambientais" (grifo nosso). Adicionalmente, em seu Artigo 6º, a Resolução Conama nº 09, de 3 de dezembro de 1987, estabeleceu os critérios mínimos de desenvolvimento das atividades técnicas do EIA-RIMA, o que inclui o diagnóstico ambiental de influência do projeto, abrangendo: o meio físico; o biológico e os ecossistemas naturais, além do meio socioeconômico¹¹.

A consideração desses elementos pelos EIA-RIMAs é um aspecto importante, visto que a saúde populacional possui vários determinantes sociais e ambientais, inclusive considerados na Resolução CONAMA nº 01/86⁹. Além disso, de acordo com o Artigo 19 da Resolução CONAMA nº 237/97, é permitido, ao órgão ambiental, suspender ou cancelar uma licença, em caso de superveniência de graves riscos ambientais e de saúde¹². No entanto, na prática, os estudos exigidos no licenciamento ambiental se preocupam, majoritariamente, com os impactos diretos ao meio ambiente e à saúde, não são explicitados¹³. Essa questão é uma das principais críticas que o EIA-RIMA sofreu posteriormente à sua implantação e, no Brasil, a negligência em relação aos efeitos à saúde provoca a sobrecarga no Sistema Único de Saúde (SUS) e aumento dos custos associados, favorecendo as inequidades na saúde populacional. Surgiu, assim, a necessidade de se ampliar e aprofundar a análise de impactos ambientais e em saúde, inserindo estudos e metodologias focados neste setor. Uma das metodologias aplicadas em países em desenvolvimento e que será discutida neste artigo é a AIS (sigla em português e HIA – *Health Impact Assessment*, em inglês).

Portanto, essa revisão de literatura objetiva verificar as publicações brasileiras e latinas sobre a aplicação da AIS¹, e se propõe, ainda, a discutir o tema em consonância aos princípios do SUS, com

o intuito de subsidiar a aplicação desse conjunto de metodologias em projetos, planos e políticas no Brasil. A análise desenvolvida não tem a pretensão de ser exaustiva. Trata-se, antes, de um exercício de síntese e de discussão de perspectivas sobre o tema.

Metodologia

A metodologia desse estudo consistiu em uma revisão da literatura, baseada na utilização da AIS no Brasil e na América Latina. As publicações foram selecionadas por meio de buscas nas bases de dados: Medline (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe, em Ciências da Saúde (Lilacs), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), entre agosto de 2015 e fevereiro de 2016. O período de publicação considerado foi entre os anos de 1999 e fevereiro de 2016, em língua inglesa, portuguesa ou espanhola, e que tratassem da aplicação da metodologia da AIS, como preconizado pela OMS, no Brasil ou América Latina. Os descritores em saúde associados nas buscas das publicações foram os seguintes: em inglês: '*Health Impact Assessment*'; *Brazil*; '*Latin America*' e '*South America*'; em português: '*Avaliação do Impacto na Saúde*'; '*Avaliação de Impacto à Saúde*', Brasil; e em espanhol: '*Evaluación del Impacto em la Salud*'. Foram também consideradas teses ou dissertações, assim como diretrizes internacionais e nacionais relevantes sobre o tema. Além das publicações, foi realizada uma ampliação a respeito da metodologia da AIS e seus princípios, relacionando-a aos princípios do SUS, embasando-se na legislação brasileira e nos capítulos de livros sobre o tema. Três categorias temáticas, discutidas a seguir, foram apreendidas a partir da análise das publicações.

AIS e Licenciamento Ambiental no Brasil

A AIS não é institucionalizada em nenhum país da América Latina¹⁴ e, apesar de ainda não ser aplicada em projetos ou políticas públicas no Brasil, o respaldo para a sua adoção em projetos possui base na própria regulamentação e legislação brasileiras. A AIA, que depende da elaboração do EIA-RIMA, foi a primeira ferramenta de política ambiental de uso corrente no Brasil, implantada como um dos instrumentos da PNMA, pela Lei nº. 6.938/81¹⁰. Mas foi a partir da Resolução Conama nº. 01, de 23 de janeiro de 1986⁹, que se vinculou a AIA e, respectivamente, o EIA-RIMA ao licenciamento ambiental de atividades potencialmente poluidoras.

A institucionalização e obrigatoriedade destes estudos significou um marco na evolução do ambientalismo brasileiro, uma vez que, anteriormente a essas resoluções, os grandes empreendimentos apenas consideravam variáveis técnicas e econômicas, sem a inclusão das ambientais e sociais¹⁵. Outro fator relevante é que o licenciamento ambiental possui a característica de incluir a participação popular na tomada de decisão, por meio de audiências públicas⁹, ponto também importante no processo da AIS^{14,16,17}.

Apesar de a Resolução Conama nº 001/86 considerar impacto ambiental qualquer alteração das propriedades físicas, químicas e biológicas do meio ambiente, resultante das atividades humanas que, direta ou indiretamente, afetem a saúde, a segurança e o bem-estar da população, assim como as atividades sociais e econômicas⁹, a participação do setor saúde no licenciamento ambiental é incipiente¹⁸. É importante mencionar que não existe regulamentação de nenhuma ferramenta específica de avaliação de impactos à saúde, para o processo de licenciamento ambiental¹⁵. Adicionalmente, o estudo de Silveira et al., verificou que, de 36 estudos ambientais direcionados ao setor saúde pelo órgão ambiental federal competente (Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis - IBAMA), apenas 50% tiveram alguma recomendação incorporada como condicionante às licenças ambientais¹⁵. Muitas das questões incorporadas do setor saúde limitam-se, única e exclusivamente, à questão de acidentes dos trabalhadores e à infecção por malária, quando o empreendimento se localiza em áreas endêmicas dessa doença^{15,19}. Essa abordagem está longe de contemplar a saúde de forma sistemática e como um estado de completo bem-estar, físico, mental e social, e não meramente ausência de doenças²⁰. Considerando isso, os órgãos ambientais responsáveis pelo processo de licenciamento ambiental não estão preparados para analisarem a

saúde nessa conjectura, também existindo limitações de natureza técnica e de infraestrutura, além de dificuldades institucionais de gestão para o estabelecimento de um processo integrado de vigilância e controle dos aspectos de ambiente e saúde¹³.

A negligência com os efeitos à saúde da população ocorre com relativa frequência, uma vez que os únicos mecanismos legalizados de participação da saúde no processo de licenciamento ambiental se dão por meio da Resolução CONAMA 286/2001, que regulamenta o licenciamento de empreendimentos em regiões endêmicas de malária²¹, e da Portaria nº 47 de 29 de dezembro de 2006²², que dispõe sobre a Avaliação do Potencial Malarígeno e o Atestado de Condição Sanitária para projetos de assentamento de reforma agrária e outros empreendimentos em regiões amazônicas^{13,18}. Para outros determinantes de saúde, não há legislação ou diretrizes específicas atreladas ao licenciamento ambiental.

Vale ressaltar que a AIS pode ser útil quando aplicada em grandes empreendimentos, mas não se limita unicamente a essa grande área. A AIS pode também ser aplicada em projetos de pequeno porte e para análises de políticas públicas²³, como vem sendo aplicada internacionalmente^{16,24-29}.

Aspectos Gerais da AIS

Embora não seja uma ideia nova que a saúde pública seja afetada por uma ampla gama de políticas econômicas e sociais³⁰, é possível dizer que é nova a percepção atual de que a saúde deve ser considerada explicitamente, ao se avaliarem as políticas públicas. Essa postura é adotada por muitos países desenvolvidos, destacando-se as instituições de saúde como a OMS e o Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido (UK-NHS)^{1,31-35}. Em análise, estão as possíveis consequências à saúde das inúmeras atividades do setor público e privado, sobretudo aqueles envolvidos com: comércio, habitação, transporte, trabalho, energia, educação, entre outros; e suas implicações no cumprimento das metas oficiais de melhoria da saúde da população e de redução das disparidades sociais em saúde.

A AIS pode assumir algumas diferentes definições, no entanto, é comum a ideia de que seja uma ferramenta de tomada de decisão, projetada para levar em conta a grande variedade de potenciais efeitos que uma determinada proposta pode ocasionar sobre a saúde de sua população-alvo, resultando em um conjunto de recomendações baseadas em evidências que auxiliem o processo de tomada de decisão^{14,17,23,36,37}. Permite, também, que a saúde seja considerada desde o início do processo de desenvolvimento das políticas ou projetos, ajudando a garantir que os impactos na saúde não sejam negligenciados³⁸⁻⁴⁰.

Em 2014, foi publicado um guia de referência à AIS pelo Ministério da Saúde⁴¹, mostrando que a publicação nacional é recente e sua divulgação e aplicação é apoiada pelos órgãos públicos federais. Além dessa publicação, há mais um livro que aborda essa metodologia, intitulado 'O Estudo do Impacto à Saúde Humana na Avaliação de Impacto Ambiental', publicado em 2015⁴². Apesar de o tema de AIS ser incipiente no Brasil, alguns artigos nacionais já apontavam para a introdução da Saúde nos EIA-RIMAs, mostrando a necessidade de se construir um padrão de análise dos efeitos à saúde aplicável a grandes projetos de desenvolvimento^{13,15,18}.

A AIS é regida por alguns princípios que garantem a sua aplicação e, no Brasil, eles podem ser contextualizados aos princípios do SUS, o que permite a sua convergência aos interesses nacionais do setor Saúde (Quadro 1).

Em seu estudo, Silveira et al.¹⁵ mostram a importância da participação do setor saúde nos processos de licenciamento ambiental. Discutem, ainda, que as avaliações de impactos ambientais em grandes empreendimentos não contemplam a saúde de forma sistemática e harmonizada com os princípios da promoção da saúde e da sustentabilidade socioambiental. Os autores destacam que os impactos na saúde deveriam ser considerados dentro da legislação em que se aplica o EIA-RIMA, ou seja, durante o licenciamento ambiental, o que é muito pouco realizado, também corroborado por Barbosa et al.³⁷, Balby et al.¹⁷ e Drewry e Kwiatkowski¹⁴. Adicionalmente, apontam que, no Brasil, ainda não há legislação específica que estabeleça participação do setor saúde nos processos de licenciamento ambiental, exceto aquelas vinculadas às áreas endêmicas de malária e em projetos de assentamentos e reforma agrária. Dessa forma, os autores sugerem, assim como os demais trabalhos levantados, a inserção da metodologia da AIS como proposta de introduzir a perspectiva da saúde em políticas públicas, licenciamento ambiental, programas e projetos.

Quadro 1. Princípios norteadores aplicados à AIS e ao SUS.

Princípio	Aplicação na AIS	Aplicação no SUS
Democracia	A AIS deve envolver e mobilizar o público, informar e influenciar os tomadores de decisão. Deve ser exposto aqueles que voluntariamente se sujeitam a riscos e aqueles que estão involuntariamente expostos aos riscos.	Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.
Equidade	A AIS deve considerar a distribuição dos impactos na saúde pela população, dando especial atenção aos grupos vulneráveis, e propor formas de melhorar o desenvolvimento proposto para os grupos afetados.	Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
Desenvolvimento Sustentável	A AIS deve avaliar os impactos de curto e de longo prazo de uma proposta, e fornecer essa avaliação aos tomadores de decisão. Uma boa saúde é a base de resiliência das comunidades humanas que suportam os processos de desenvolvimento.	Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; integralidade de assistência.
Ética	A AIS deve utilizar as evidências na avaliação de impactos e na preparação das recomendações; deve ser rigorosa e transparente e não deve ser usada apenas para apoiar ou recusar qualquer proposta.	Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.
Abordagem Global	A AIS deve ser guiada pelos indicadores de saúde.	Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.
Envolvimento das comunidades	Prevê participação da comunidade.	Prevê participação da comunidade.

Fonte: elaborado pelos autores com base em Quigley⁴³, Ministério da Saúde⁴¹; Lei 8.080 de 1990⁴⁴.

Drewry e Kwiatkowski¹⁴ reforçam a inserção da AIS nos países da América do Sul e Caribe, mas com a devida capacitação dos profissionais de saúde e da área ambiental, diminuindo, assim, a dependência de especialistas estrangeiros e reforçando ações de coordenação interdisciplinares e redes de trabalho em AIS nacionais e internacionais. A importância da capacitação dos profissionais também é citada na maioria dos artigos levantados e é apontada como uma forma de melhoria do desempenho da gestão socioambiental, pela inclusão da saúde e seus determinantes, resultando em uma melhor utilização dos recursos^{15,17,36,37}. Capacitar e ampliar o conhecimento a respeito da metodologia é um ponto importante para garantir que ela não seja realizada de forma superficial. Outro ponto interessante a se levantar é a nomenclatura dessa metodologia no Brasil, uma vez que, nas bases de dados, o descritor é nomeado como 'Avaliação do Impacto na Saúde', entretanto, nas publicações brasileiras é denominado de 'Avaliação de Impacto à Saúde', tanto nos artigos, quanto em trabalhos de doutorado e mestrado, o que mostra a baixa divulgação e padronização dos termos em português, apesar de essa metodologia já ser aplicada há quase duas décadas em países desenvolvidos.

Determinantes de Saúde e o SUS

Para a adequada aplicação da AIS, deve haver o envolvimento das partes interessadas e a consideração do conceito amplo de saúde, descrito pela OMS como sendo um estado de bem-estar **físico, social e psicológico**²⁰. Esse conceito abrange diversos determinantes de saúde, tais como: condições de habitação, transportes, infraestrutura, nutrição e lazer da população envolvida. Nesse sentido, a saúde é um recurso para a vida, não o objeto de viver. É um conceito positivo, enfatizando recursos sociais e pessoais, bem como capacidades físicas^{17,40}.

O investimento em uma abordagem de atenção à saúde consegue oferecer benefícios em, pelo menos, três áreas: aumentar a prosperidade e desenvolvimento econômico, devido ao estado mais saudável e maior disposição dos indivíduos; redução das despesas com problemas de saúde e sociais;

e estabilidade social, juntamente com o bem-estar da população. Com isso em mente, é capaz de se entender como o ambiente, a economia e a comunidade estão inter-relacionados com a saúde⁴⁵.

Ao se analisar uma população, é necessário considerar os determinantes potenciais em saúde no processo da AIS. Saúde e promoção à saúde são valores sociais amplamente divulgados, mas uma das motivações em realizar a AIS é a compreensão de que as condições econômicas, sociais e ambientais também possuem grande influência na saúde da população^{14,15,23,37,46-48}. Determinantes em saúde, dessa forma, podem ser qualquer fator pessoal, social, econômico ou ambiental que afete a saúde dos indivíduos de uma população^{16,40}. Considerá-los possibilita-se ir ao encontro da definição de saúde, considerada na Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990, que regulamenta o SUS, Art. 3º, no qual se descreve que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País⁴⁴.

Alguns determinantes em saúde podem ser afetados por decisões pessoais, políticas e sociais, formando uma rede inter-relacionada⁴⁹. Nesse âmbito, é fundamental a inserção da AIS em licenciamentos ambientais, projetos e políticas públicas, garantindo a análise dos determinantes de saúde na etapa de planejamento de decisões abrangentes, evitando a sobrecarga ao SUS e facilitando a adoção de medidas mitigadoras no início do planejamento³⁶. Além disso, a AIS prevê a potencialização dos efeitos benéficos à saúde de cada proposta, o que favorece a população e o sistema de saúde como um todo^{16,17,23}.

Conclusões

A revisão de literatura é reconhecida por estabelecer relações com produções anteriores, auxilia em apontar novas perspectivas, consolidando uma área de conhecimento específica, e facilita, ao pesquisador, a elaboração de uma síntese do conhecimento existente sobre o assunto. Nessa revisão, constatou-se que há poucas publicações que envolvam a aplicação da AIS na América Latina, o que sugere que a prática e a aplicação da AIS não é muito comum nessa região, ao contrário do que constatado em países desenvolvidos. As publicações também discutem que a análise de impactos à saúde é realizada de forma superficial em licenciamentos ambientais^{15,41} e em políticas públicas nacionais²³, surgindo a necessidade de formas mais detalhadas e robustas de análises^{13-15,18,19,23,37}. A institucionalização surge como uma sugestão para regulamentar as análises em saúde¹⁴, conforme publicado pelo Ministério da Saúde⁴¹.

A revisão também apontou que os determinantes em saúde são negligenciados em projetos e políticas³⁶, o que também afeta os custos em saúde. Por isso, avaliar quais são e como se inter-relacionam os fatores que influenciam a eficiência, a efetividade e a equidade da saúde da população, e seus desdobramentos e impactos no desempenho e responsabilidades do SUS, pode levar a uma melhoria na formulação de políticas e possibilitaria monitorar as desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços recebidos pelos diferentes grupos sociais no Brasil⁵⁰.

A adoção de uma metodologia de impacto à saúde, estruturada e padronizada, como a AIS¹, poderia diminuir a geração de efeitos adversos à saúde, decorrentes de projetos e políticas públicas no Brasil^{14,15,23}, os quais usualmente, desconsideram uma visão de médio e longo prazo. Essa inovação na análise sistêmica de impactos totais poderia poupar muitas vidas e incapacitações, além dos recursos financeiros adjacentes, e, ainda, aumentar a qualidade de vida da população.

Colaboradores

As autoras Karina Camasmie Abe e Simone Georges El Khouri Miraglia participaram da elaboração conceitual, delimitação do objeto e do desenho do estudo. Ambas atuaram no levantamento dos dados, discussão, e na confecção do artigo, bem como revisaram e aprovaram a sua versão final.

Agradecimentos

Esse trabalho recebeu o apoio financeiro da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde do Brasil, da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. WHO. Gothenburg consensus paper: health impact assessment: main concepts and suggested approach [Internet]. [citado 10 Nov 2014]. Disponível em: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44163>.
2. Mindell JS, Boltong A, Forde I. A review of health impact assessment frameworks. *Public Health*. 2008; 122(11):1177-87. doi: 10.1016/j.puhe.2008.03.014.
3. Scott-Samuel A. Health impact assessment - theory into practice. *J Epidemiol Community Health*. 1998; 52(11):704-5.
4. Krieger N, Northridge M, Gruskin S, Quinn M, Kriebel D, Davey Smith G, et al. Assessing health impact assessment: multidisciplinary and international perspectives. *J Epidemiol Community Health*. 2003; 57(9):659-62.
5. Caldwell L. Environmental impact analysis (EIA): origins, evolution, and future directions. *Rev Policy Res*. 1988; 8(1):75-83. doi: 10.1080/07349165.1988.9725648.
6. Egler PCG. Improving the environmental impact assessment in Brazil. Norfolk, England: Environmental Sciences School, University of East Anglia; 1998.
7. Viegas CV. Atividades de gestão do conhecimento na elaboração do estudo de impacto ambiental [tese]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2009.
8. Ab' Sáber AN, Müller-Plantenberg CM. Previsão de impactos: o estudo de impacto ambiental no leste, oeste e sul. Experiências no Brasil, na Rússia e na Alemanha. São Paulo: Editora USP; 2002.
9. Conselho Nacional do Meio Ambiente (BR). Resolução Conama nº 001, de 23 de Janeiro de 1986. Dispõe sobre critérios básicos e diretrizes gerais para a avaliação de impacto ambiental. *Diário Oficial da União*, 17 Fev 1986 [citado 01 Jul 2016]. Disponível em: http://www.mma.gov.br/port/conama/legislacao/CONAMA_RES_CONS_1986_001.pdf.
10. Casa Civil (BR). Lei nº 6.938, de 31 de Agosto de 1981. Dispõe sobre a Política Nacional do Meio Ambiente, seus fins e mecanismos de formulação e aplicação, e dá outras providências [citado 01 Jul 2016]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6938.htm.
11. Conselho Nacional do Meio Ambiente (BR). Resolução Conama nº 9, de 3 de dezembro de 1987. Dispõe sobre a realização de Audiências Públicas no processo de licenciamento ambiental. *Diário Oficial da União*, 5 Jul 1990 [citado 01 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=60>.

12. Conselho Nacional do Meio Ambiente (BR). Resolução Conama nº 237, de 19 de dezembro de 1997. Dispõe sobre licenciamento ambiental; competência da União, Estados e Municípios; listagem de atividades sujeitas ao licenciamento; Estudos Ambientais, Estudo de impacto Ambiental e Relatório de Impacto Ambiental [Internet]. [citado 01 Jul 2016]. Disponível em: <http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res97/res23797.html>.
13. Barbosa EM, Barata MMdL, Hacon SdS. A saúde no licenciamento ambiental: uma proposta metodológica para a avaliação dos impactos da indústria de petróleo e gás. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(2):299-310.
14. Drewry J, Kwiatkowski R. The role of health impact assessment in advancing sustainable development in Latin America and the Caribbean. *J Environ Health*. 2015; 77(8):16-20.
15. Silveira M, Neto MDA. Licenciamento ambiental de grandes empreendimentos: conexão possível entre saúde e meio ambiente. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(9):3829-38. doi: 10.1590/1413-81232014199.20062013.
16. Bhatia R. Health impact assessment: a guide for practice. Oakland, CA: Human Impact Partners; 2011.
17. Balby CN. Avaliação de impactos à saúde: desenvolvimento internacional e perspectivas no Brasil [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2012.
18. Silveira M, Padilha JBD, Schneider M, Amaral PST, Carmo TFM, Franco Netto G, et al. Perspective of the health impact assessment in development projects in Brazil: strategic importance for sustainability. *Cad Saude Colet*. 2012; 20(1):57-63.
19. Rigotto RM. The inclusion of health in environmental impact studies: case report of a coal-fired power plant in Ceará State. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(6):2049-59.
20. WHO. Ottawa charter for health promotion. First international conference on health promotion. Ottawa; 1986.
21. Conselho Nacional do Meio Ambiente (BR). Resolução Conama nº 286/2001, 30 de agosto de 2001. Dispõe sobre o licenciamento ambiental de empreendimentos nas regiões endêmicas de malária. *Diário Oficial da União*. 17 Dez 2001.
22. Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). Portaria nº 47, de 29 de dezembro de 2006. Dispõe sobre a Avaliação do Potencial Malarígeno e o Atestado de Condição Sanitária para os projetos de assentamento de reforma agrária e para outros empreendimentos, nas regiões endêmicas de malária. *Diário Oficial da União*. 04 Jan 2007.
23. Néspoli GRCB. Avaliação de impacto à saúde: aplicação e contribuição para a integração de políticas setoriais no Estado de Mato Grosso [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública; 2010.
24. Andrew L. Use of health impact assessment in the U.S. 27 case studies, 1999–2007. *Am J Prev Med*. 2008; 34(3):241-56.
25. Harris PJ, Harris-Roxas BF, Harris E, Kemp LA. Health impact assessment and urbanisation. Lessons from the NSW HIA Project. *N S W Public Health Bull*. 2007; 18(9-10):198-201.
26. Harris P, Harris-Roxas B, Harris E, Kemp L. Health impact assessment: a practical guide. Sydney: Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation (CHETRE); 2007.
27. Harris P, Spickett J. Health impact assessment in Australia: a review and directions for progress. *Environ Impact Assessment Rev*. 2011; 31(4):425-32. doi: 10.1016/j.ear.2010.03.002.
28. Haigh F, Baum F, Dannenberg AL, Harris MF, Harris-Roxas B, Keleher H, et al. The effectiveness of health impact assessment in influencing decision-making in Australia and New Zealand 2005-2009. *BMC Public Health*. 2013; 13:1188. doi: 10.1186/1471-2458-13-1188.

29. Spickett J, Katscherian D, Harris P. The role of health impact assessment in the setting of air quality standards: an Australian perspective. *Environ Impact Assessment Rev.* 2013; 43:97-103.
30. Krieger N. Epidemiology and social sciences: towards a critical reengagement in the 21st century. *Epidemiol Rev.* 2000; 22(1):155-63.
31. WHO. Regional Office for Europe. Health impact assessment: main concepts and suggested approach [citado 10 Nov 2014]. Disponível em: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44163>.
32. WHO. Health impact assessment: a tool to include health on the agenda of other sectors: current experience and emerging issues in the european region. Technical briefing, regional committee for Europe. Copenhagen; 2002.
33. Parry J, Stevens A. Prospective health impact assessment: pitfalls, problems, and possible ways forward. *Br Med J.* 2001; 323(7322): 1177-82. doi: 10.1136/bmj.323.7322.1177.
34. Taylor L. Health impact assessment: a review of reviews. London: National Health Service, Health Development Agency; 2002.
35. Scott-Samuel A, Arden K, Birley M. The merseyside guidelines for health impact assessment. 2a ed. International Health Impact Assessment Consortium. Liverpool; 2001.
36. Soares CB, Yonekura T, Campos CM, Figueiro MF. Evidence in public health: steps to make it real. *Nurs Clin North Am.* 2014; 49(4):533-44. doi: 10.1016/j.cnur.2014.08.008.
37. Barbosa EM. Avaliação de impacto à saúde como instrumento para o licenciamento ambiental na indústria de petróleo [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Fundação Oswaldo Cruz; 2010.
38. Taylor L, Quigley R. Health impact assessment: a review of reviews. London: National Health Service. Health Development Agency; 2002.
39. Ison E. Resource for health impact assessment. Vol 1. London, England: NHS Executive London; 2000:198.
40. WHO. Health promotion glossary. Geneva (WHO): World Health Organization; 1998.
41. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância Ambiental em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Avaliação de Impacto à Saúde – AIS: metodologia adaptada para aplicação no Brasil. Brasília; 2014. p. 68.
42. Cunha GF. O estudo do impacto a saúde humana na avaliação de impacto ambiental. Jundiaí: Paco Editorial; 2015.
43. Quigley R, Den-Broeder L, Furu P, Bond A, Cave B, Bos R. Health impact assessment international best practice principles. Fargo, USA: International Association for Impact Assessment; 2006 (IAIA, v. 5).
44. Casa Civil (BR). 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. Brasília; 1990.
45. Canada. Canadian Handbook of Health Impact Assessment. Canadá: Canadian Minister of Health; 2004. v. 1-4.
46. Terris M. A social policy for health. *Am J Public Health Nations Health.* 1968; 58(1):5-12.
47. WHO. Closing the Gap in a Generation: Final Report from Commission on the Social Determinants of Health. Geneva: WHO: World Health Organization; 2008.
48. Graham H. Where is the future in public health? *Milbank Q.* 2010; 88(2):149-68.

49. Lock K. Health impact assessment. Br Med J. 2000; 320(7246):1395-8.
50. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Cienc Saude Colet. 2004; 9(3):711-24.

Abe KC, Miraglia SGEK. Evaluación de Impacto a la Salud (EIS) en Brasil y América Latina: una herramienta esencial para los proyectos, planes y las políticas. Interface (Botucatu). 2018; 22(65):349-58.

Este artículo presenta una revisión de la literatura y discute la aplicación de la metodología de Evaluación del Impacto a la Salud (EIS), divulgada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para Brasil y América Latina. Ese estudio mostró que la práctica y la aplicación de EIS no es común en esas regiones y, además, el análisis de impactos a la salud se realiza de forma superficial en licencias ambientales y en políticas públicas, lo que señala la necesidad de la utilización de metodologías específicas, capacitación de profesionales e iniciativa gubernamental. La adopción de EIS en Brasil y en América Latina evitaría la generación de efectos adversos a la salud, potencializando los aspectos positivos, mitigando los efectos negativos de proyectos y políticas públicas, garantizando que no se descuide la salud de la población.

Palabras clave: Evaluación del impacto en la salud. Salud pública. Sistema Brasileño de Salud. Gestión en salud. Brasil.

Submetido em 13/09/16. Aprovado em 15/02/17.

Del dicho al hecho: el derecho a la salud en Río Negro, Argentina

Soledad Analía Pérez^(a)
Serena Perner^(b)

Perez SA, Perner S. From words to deeds: the right to health in Rio Negro, Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):359-71.

In this paper we analyze the distance between the actual health plan of Rio Negro province, Argentina, the framework of opportunities and resources provided by the State, and care activities carried out in a Health Center in the city of San Carlos de Bariloche from a rights-based approach. We established a dialogue between the provincial health plan and the perceptions of the center's staff that emerged from in-depth interviews, observations and focus groups, analyzing indicators of structure and process.

Keywords: Right to health. Process assessment. Health care. Health centers - Argentina.

En el presente artículo analizamos la distancia entre el plan de salud vigente en la provincia de Río Negro, Argentina, el marco de oportunidades y recursos que brinda el Estado y las actividades de cuidado que se llevan a cabo en un Centro de Salud ubicado en la ciudad de San Carlos de Bariloche desde un enfoque de derechos. Ponemos en diálogo el plan de salud provincial con las percepciones del personal de dicho centro surgidas de entrevistas en profundidad, observaciones y grupos focales, analizando indicadores de estructura y de proceso.

Palabras clave: Derecho a la salud. Evaluación de proceso. Atención de salud. Centros de salud - Argentina.

^(a) Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Instituto de Investigaciones en Diversidad Cultural y Procesos de Cambio, Universidad Nacional de Río Negro. Pioneros 2,350, CP R8402 ALP. San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina. sperez@unrn.edu.ar

^(b) CONICET, Universidad Nacional del Comahue, Centro Regional Universitario Bariloche. San Carlos de Bariloche, Río Negro, Argentina. serenaperner@gmail.com

En el presente artículo analizamos la distancia entre el plan de salud vigente en la provincia de Río Negro, el marco de oportunidades y recursos que brinda el Estado y las actividades de cuidado que se llevan a cabo en un centro de salud ubicado en la ciudad de San Carlos de Bariloche (en adelante Bariloche), provincia de Río Negro, Argentina desde un enfoque de derechos.

La estrategia metodológica seguida se desprende del esquema elaborado por la Comisión de Trabajo creada en el marco del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)¹. El trabajo que viene desarrollando dicha comisión ha permitido establecer definiciones de principios, reglas y estándares, así como también un esquema de evaluación y medición de los derechos que dota de mayor claridad no sólo las obligaciones negativas del Estado sino también aquellas acciones que debe realizar en pos de lograr la plena realización de los derechos civiles, políticos y también de los económicos, sociales y culturales. En tal sentido, el análisis se realiza siguiendo la tipología de indicadores de derechos humanos propuesta por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para Derechos Humanos² que retoma el trabajo de Hunt³ y que fuera adoptada a nivel regional por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos⁴. La misma consta de tres categorías de indicadores, a saber: a) los estructurales que manifiestan la “ratificación o aprobación de instrumentos jurídicos y la existencia de los mecanismos institucionales básicos que se consideran necesarios para facilitar la realización de los derechos humanos”, poniendo atención tanto en políticas como en prácticas de las entidades jurídicas y administrativas² b) los indicadores de proceso, que aluden a las medidas de los programas públicos e intervenciones específicas que se necesitan para realizar los derechos humanos y c) los indicadores de resultado que dan cuenta del estado de realización de un determinado derecho humano y d) las llamadas señales de progreso cualitativas, que dan cuenta de la percepciones de los actores respecto del cumplimiento de sus derechos.

En esta línea, en este trabajo, nos centraremos en el análisis de indicadores estructurales y de proceso, al tiempo que complementaremos dicho análisis con las percepciones del personal de un centro de salud ubicado en Bariloche, Argentina. Dada la complejidad implicada en el abordaje de las señales de progreso cualitativas, y la necesidad de analizar las percepciones de los actores a la luz del nivel de conocimiento de los derechos, que los hace exigibles, decidimos dejar este análisis para una etapa ulterior de nuestro estudio.

En función de lo anterior, nuestro trabajo se centra en el estudio del marco normativo⁵⁻⁶ y en el análisis de los recursos humanos y de infraestructura a disposición de la ciudadanía para acceder a la salud. Para ello, pusimos en diálogo el plan de salud provincial con las percepciones del personal de un centro de salud del primer nivel de atención, que permite poner en tensión el universalismo formal del derecho a la salud frente a las particularidades del territorio, que recogimos a partir de entrevistas en profundidad, observaciones y un grupo focal.

La estructura del artículo se describe a continuación: partimos de una breve descripción del sistema de salud argentino, abordando luego las especificidades del sistema sanitario rionegrino en lo atinente al modo en que se distribuyen recursos humanos y materiales en las diferentes zonas de la provincia^(c). Posteriormente, analizamos el plan de salud provincial y contrastamos el marco formal que éste brinda con las percepciones del personal de un centro de salud de Bariloche, la localidad con más población de la provincia, donde reside el 22% de los habitantes de la misma (127.485 habitantes).

^(c) La provincia tiene 638.645 habitantes según los datos del último Censo, el 12,9 % es rural y el restante 87,1 % de la población es urbana. Un dato significativo que da cuenta de la diversidad que caracteriza a esta provincia, está dado por la presencia de 9,3% (aproximadamente 60.000 habitantes) de población indígena, en contraste con el porcentaje a nivel nacional que es de 3% (1.200.000 aproximadamente).

Presentación del sistema de salud

El sistema de salud argentino está basado en una estructura política federal descentralizada en la provisión y administración de los servicios de salud. El financiamiento de servicios se encuentra compartido entre los subsectores público, la seguridad social (mediante las obras sociales) y la medicina prepaga. El subsector público financia y provee servicios de salud a partir de los Ministerios de Salud de las provincias y de la Nación. Aunque formalmente esta cobertura es universal, la población que utiliza los servicios públicos de salud es la que no cuenta con otra cobertura. En base a datos del censo 2010⁷, este conjunto representaba valores similares a nivel nacional y como provincial (38 y 36% respectivamente). La población argentina con obra social representó en el año 2010 un 46%, en Río Negro un 51%; siendo el restante 16 y 13% de población que posee prepaga. En la práctica el sistema de salud se encuentra sumamente fragmentado, sin integración entre los distintos subsectores, y al interior de cada uno. El sector público se encuentra dividido según jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) entre los cuales no existe el grado necesario de coordinación. El sistema privado y de la seguridad social representan una visión mercantilista de la salud, con intereses empresariales más que con una lógica de derecho a la salud.

La provincia de Río Negro, al igual que en el resto de las jurisdicciones argentinas, posee los tres subsistemas de salud: público, obras sociales y prepagas. En distintas localidades rionegrinas existen efectores de salud privados (clínicas, sanatorios, consultorios privados, laboratorios de análisis clínicos) que prestan atención a la población con obra social o prepaga; estos no se encuentran articulados entre sí, ni con el sistema público. En cambio, el sistema público de salud en Río Negro, está conformado por una red de servicios de distinto nivel de complejidad (del I al VI) distribuidos en todo el territorio provincial, con 35 hospitales y 214 centros de salud^(d).

En Bariloche, el sistema público de salud está conformado por el Hospital Zonal Bariloche "Dr. Ramón Carrillo" y 15 centros de salud bajo su dependencia, 13 ubicados en los distintos barrios de la ciudad^(e) y dos en localidades aledañas. Además existen tres establecimientos privados que prestan atención a la población con obra social ó prepaga: proveen internación, atención ambulatoria y acceso a diferentes estudios complementarios. Además existen múltiples consultorios privados concentrados geográficamente en el centro de la localidad.

El presente trabajo se realizó en uno de los centros de salud públicos de esta ciudad que presenta algunas particularidades: por una parte, cuenta con un equipo de salud que desarrolla interdisciplinariamente las tareas asistenciales, territoriales y administrativas, y por otra, aborda distintas problemáticas mediante trabajo en grupos: un taller de adolescentes, de reciclado (para mujeres), de personas que viven con diabetes y de adultos mayores.

Para este trabajo hemos empleado distintas estrategias de investigación a lo largo de los años 2014-2016. En primer lugar, realizamos observaciones del trabajo en grupos que se realiza en el centro de salud (principalmente el de personas que viven con diabetes) para definir a quienes realizar las entrevistas y construir los ejes temáticos a proponer para el grupo focal. A partir de esto, en el año 2014 fueron realizadas dos entrevistas individuales: una a un médico general y otra a una enfermera, y, a comienzos del año 2016, un grupo focal con distintos miembros del equipo de salud de distintas disciplinas: agente sanitario, enfermería, medicina general y trabajo social.

^(d) En pequeñas localidades de la provincia no existen efectores privados y la población únicamente cuenta con el sistema público de salud.

^(e) Los centros de salud se encuentran ubicados estratégicamente en zonas de la ciudad con menores recursos económicos.

Las entrevistas y el grupo focal fueron realizados exclusivamente en trabajadores de la salud ya que son ellos quienes hacen el trabajo en terreno y, es a partir de las diversas miradas de un equipo interdisciplinario que se logra la construcción de saberes que busquen trascender los contenidos formales de cada disciplina respecto a las condiciones en que se desarrolla su trabajo cotidiano.

Encuadre normativo

Hasta la reforma de 1994, la Constitución federal argentina carecía de una referencia clara vinculada al reconocimiento del derecho a la salud como derecho subjetivo de jerarquía constitucional. Dicho status se logró de manera indirecta, en virtud de la adhesión a una serie de declaraciones y tratados internacionales de derechos humanos en el artículo 75 inciso 22. Varios de estos instrumentos incorporan expresamente el derecho a la salud y mencionan su alcance, obligaciones para el Estado, objetivos o metas de política pública en la materia y referencias puntuales respecto a grupos que requieren especial protección⁸.

Sin embargo, en la provincia de Río Negro, a partir de la ley N° 2.570 sancionada en 1992, en el Art. 1 ya se señalaba que el Ministerio de Salud, a través del Consejo Provincial de Salud Pública “cumplirá la función indelegable de garantizar el Derecho a la salud consagrado en el artículo 59 de la Constitución provincial”⁵.

En un intento por retomar un camino que cuenta con hitos interesantes^(f), en 2014 se presentó el plan provincial de salud de Río Negro propuesto para los años 2014-2015⁶. El mismo establece los lineamientos propuestos desde el Ministerio de Salud para sistematizar líneas de trabajo existentes, delinear algunas nuevas y retomar otras de larga y valiosa trayectoria en la provincia y el país.

En el mismo, se parte de una concepción de salud como derecho humano esencial, y el Estado como garante del mismo. Sin embargo, existe una enorme distancia entre el marco legal/discursivo y formal provisto y las oportunidades con que cuenta el personal de salud y la ciudadanía para ejercer el derecho a la salud.

En función de ello, nuestro trabajo apuntó a escuchar la voz de integrantes del equipo de salud (médico/as generalistas, enfermero/as, agentes sanitarios y trabajador/as sociales) de un centro de salud del primer nivel de atención de la ciudad más poblada de la provincia, para contrastar las percepciones que surgen del trabajo diario con el marco institucional y legal en que se desarrolla el mismo. Nuestra decisión, se funda en la creencia de que los servicios de salud tienen la peculiaridad de ser espacios en los que los actores tienen distintas intencionalidades en sus acciones y en cada una de ellas, se disputan sentidos respecto al significado general de su trabajo. En sus acciones confluyen universos de sentido de diverso origen y que responden a lógicas también diferentes: la de las normas y roles institucionales y el de las prácticas privadas de cada trabajador⁹. En este contexto, los trabajadores de la salud no sólo constituyen una pieza clave para el cumplimiento del derecho a la salud, sino también que sus voces permiten una vía de acceso legítima para acceder a información respecto de distintas formas en que se satisface o vulnera este derecho en un territorio determinado.

Entre el Estado como garante y los derechos vulnerados

Según el artículo 59 de la constitución provincial⁵, la salud es un derecho esencial y un bien social que hace a la dignidad humana, teniendo los habitantes de la provincia derecho a un completo bienestar psicofísico y espiritual que permita el cuidado de su salud y asistencia en caso de enfermedad.

^(f) Río Negro fue precursora en la sanción de distintas leyes vinculadas a la ampliación de derechos: Ley N° 3.450 de anticoncepción quirúrgica voluntaria (Año 2000) y la Ley 2.440 con la cual se inició el proceso de demanicomercialización (Año 1991)

Retomando este antecedente, en el Plan de Salud el Estado⁶ es señalado como garante de este Derecho y como rector de un sistema complejo que debe ser articulado en favor de los “intereses populares”.

Frente a esta definición resulta interesante atender al testimonio de uno de los miembros del equipo del centro de salud (CS), que constituye nuestro estudio de caso, que establece una distinción entre el Estado como garante del derecho a la salud, el hecho de que efectivamente el derecho se garantice, y la forma en que se garantiza a partir del trabajo de quienes desempeñan distintas funciones/responsabilidades en el CS; en este sentido destaca que el Estado tiene un rol indelegable en cuanto garante de derechos. Según manifiesta:

Si la dimensión de la garantía... (tiene que ver con) la financiación de algunas cuestiones capaz que ahí está en duda" [...] "garantizar las condiciones dignas de laburo, las condiciones dignas de lo edilicio, para cuestiones más finitas, ...ahí sí el Estado como que no estaría cumpliendo pero no sé si estaría dejando de ser garante. Del momento en que estamos todos más o menos en sus puestos de trabajo, con más o menos cosas, estamos garantizando que ese derecho se esté cumpliendo. (S)

El testimonio de este trabajador da cuenta no sólo de cómo se articulan la lógica de las normas y la lógica personal en el trabajo en salud, sino también de la manera en que las distintas tecnologías implicadas en el trabajo cotidiano en los servicios de salud se vinculan con las posibilidades de garantizar este derecho. Tal como sostiene Emerson Merhy et al.⁹, en el día a día, los trabajadores de la salud, se sirven de distintas tecnologías, las “duras” (equipamiento, medicamentos, etc.) asociados al criterio de calidad desde el enfoque de derechos, las “tecnologías blandas- duras”, que aluden a los conocimientos estructurados y las “tecnologías blandas” que dan cuenta de tecnologías relacionales, asociadas al principio de aceptabilidad, que permiten a los trabajadores comprender, escuchar, establecer vínculos y generar espacios para el cuidado. En continuidad, otro de los trabajadores del CS señala: “En algunos aspectos concuerdo con lo que dice (S), pero creo que en algunos aspectos, por ejemplo: medicamentos, la verdad es que ahí vemos que hay personas que no han podido completar los tratamientos, no accedieron por lo que sea, porque faltó y no lo pudo conseguir”.

Entre las poblaciones identificadas por los trabajadores del CS como con este derecho especialmente vulnerado, se encuentran los hipoacúsicos, para quienes no está garantizada la accesibilidad a los audífonos. También destacaron los problemas vinculados a la infraestructura de los establecimientos de salud: consultorios, déficit de quirófanos, o cuestiones prácticas que hacen a la atención como no tener un estacionamiento y bajada de ambulancia en condiciones en el hospital. Puntualmente destacaron que: “la guardia es chica para esta ciudad; tres boxes, para una ciudad de 150.000 habitantes [...] no hay un servicio de emergencias. No existe un 107 como tal que llamas y sale el médico [...] Los médicos que salen son los de la guardia, y eso deja un agujero en la guardia” (R).

Estos elementos dan cuenta de distintas dimensiones de incumplimiento del derecho a la salud vinculados a los criterios de disponibilidad, accesibilidad física y económica (asequibilidad) y calidad del servicio de salud⁽⁶⁾ que se brinda en la provincia de Río Negro.

Del testimonio de algunos de los entrevistados se desprende una cierta incomodidad entre manifestar que el derecho a la salud no se satisface plenamente y su rol en esta trama. En este sentido, enfatizan el esfuerzo y el

⁽⁶⁾ El derecho a la salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados, cuya aplicación dependerá de las condiciones prevalecientes en un determinado Estado Parte: disponibilidad, accesibilidad (con cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica -asequibilidad-, acceso a la información), aceptabilidad y calidad.

compromiso con el cual trabajan cotidianamente: “Hay un montón de cosas que tenemos que hacer a pulmón, es verdad. Pero bien, también uno hace, hacemos con las chicas” (T).

Entre estas actividades se señala que: “[...] si bien no está implementada enfermería comunitaria, lo hacemos. [...] Y hay cosas que sí que podemos lograr...” (T).

Este comentario reenvía a la paradoja de la cual habla Izquierdo¹⁰ respecto de situaciones de sometimiento que a la vez producen cierta afirmación de omnipotencia femenina. Desde la perspectiva de esta autora, este tipo de afirmaciones ponen de manifiesto situaciones de desigualdad social e impotencia, en las que ese voluntarismo extremo permite la reafirmación de sí mismas.

Respecto a la accesibilidad a la atención, también manifiestan: “Nadie se va porque no se lo atendió, porque los médicos no lo atendieron, no. Siempre, eso está. Esté quien esté, hace falta un médico o está postguardia. Siempre está cubierto. Y está en la comunidad esto”.

De estas citas se desprende el hecho de que la accesibilidad, la posibilidad de ser atendido depende de la voluntad del equipo de salud, de atender a todas las personas que concurren, más allá de los horarios de atención; el “siempre está cubierto” tiene más que ver con las voluntades de las personas, con su capacidad de actuar e intervenir sobre el contexto de oportunidades deficitario que brinda el Estado, que con la existencia de suficientes recursos humanos para garantizar la atención.

Inequidad y distribución de recursos

El plan menciona que debe garantizarse la cobertura universal a toda la población y un acceso equitativo a servicios de salud de alta calidad, centrando su interés en las personas, tanto usuarios como trabajadores y al mismo tiempo enfatiza la necesidad de generar estrategias compensatorias para atender las diferencias entre grupos poblacionales y regiones para hacer efectiva la equidad.

En Bariloche existe un hospital público provincial de complejidad VI (Hospital Zonal Bariloche) que posee 157 camas, 16 centros de salud y recursos humanos que ascienden a un total de 678 trabajadores⁶. Esta situación en términos de infraestructura y recursos humanos contrasta fuertemente con la de otras localidades de la provincia como Viedma, capital provincial, en la cual, con la mitad de la población (60.789 habitantes), existen noventa camas, 716 trabajadores y 11 centros de salud⁶.

Si tenemos en cuenta que en ambas localidades sería similar la proporción de la población sin cobertura de salud, en Bariloche hay 1,2 camas cada mil habitantes y en Viedma 1,5 camas cada mil habitantes. Pero esta relación se invierte si analizamos los datos de los recursos humanos: con la mitad de la población, Viedma posee un 6% más de recursos humanos que Bariloche. Lo mismo sucede con otra localidad: en Choele Choel (12.896 habitantes) vive un 10% de la población que posee Bariloche, pero cuenta con menos de un tercio de trabajadores (profesionales y no profesionales)⁶.

Esta situación tan asimétrica entre las distintas zonas de la provincia pone en cuestión el discurso esgrimido en el plan provincial de salud en el cual se destaca que la equidad “es un factor fundamental para universalizar el derecho a la salud y solo es posible cuando el Estado cuenta con facultades o mecanismos para orientar las actividades del sistema de salud, utilizándolos para compensar desigualdades regionales y sociales”⁶ (p. 7). Esto resulta más llamativo aún si se compara esta asignación de recursos con la distribución de necesidades básicas insatisfechas^(h) de la provincia: tampoco pareciera posible que la magnitud de

^(h) Las necesidades básicas insatisfechas constituyen una de las estrategias de medición de la pobreza estructural a partir de indicadores vinculados a condiciones habitacionales esenciales, a la escolarización en el nivel primario de educación formal y a la inserción en el mercado laboral de los integrantes del hogar, conceptos estos que están muy vinculados a la calidad de vida¹¹.

los recursos destinados a Viedma se correspondiera con una política en alguna medida compensatoria, dado que el departamento de Adolfo Alsina (donde está ubicada la localidad de Viedma), es uno de los departamentos con menor nivel de necesidades básicas insatisfechas de la provincia¹¹.

De lo dicho previamente se desprende la existencia de marcadas diferencias en la distribución de recursos (humanos y de infraestructura) a nivel provincial, donde la localidad con mayor población en términos absolutos tiene una proporción significativamente menor de estos recursos.

Respecto a los recursos humanos en el CS manifestaron que: “[...] faltaría un médico más, como médico estable. Pero falta. Lo mismo en enfermería. Ahora el agente sanitario es un poquito más completo. O cuando no está él (haciendo referencia al trabajador social, nota de las autoras) no hay quien lo reemplace” (T).

Trabajo en redes e interdisciplinariedad

A su vez, el plan dice partir de una concepción integral de la salud, que tiende a generar un abordaje interdisciplinario e intersectorial, enfatizando la estrategia de Atención Primaria de la Salud. Respecto al fortalecimiento del primer nivel de atención y a la existencia de políticas o financiamiento que vayan más allá de una proclama discursiva, en el CS manifiestan que no han recibido ningún tipo de aporte por parte de la provincia. El financiamiento que llega principalmente al primer nivel de atención está vinculado a programas nacionales¹² como Nacer o Sumar¹³.

Entre los trabajadores entrevistados, si bien se destaca la importancia de estos programas como principal estímulo financiero, las evaluaciones de los mismos no son uniformes al interior del equipo de salud. Así, existen voces críticas respecto del mismo como la que se cita a continuación:

[...] el Plan Sumar paga cuando los médicos hacen ciertas prácticas, los médicos o los agentes de salud, que en realidad deberíamos hacerlo sin ningún estímulo... ahora porque hay que registrarlas. Entonces hagamos talleres porque el taller se paga, y porque cada uno que se anota en un taller se cobre. Y la verdad es que algunos CS trabajan de la misma manera, solo que registrando y quizás en otros se activaron cosas, que está buenísimo, pero que deberían haberse activado sin ningún tipo de estímulo extra. Y no estoy de acuerdo con que paguen por cosas que nos pagan ya un sueldo para hacer. Está bien, la plata va al equipo para hacer cosas para acá. La verdad es que a mí no me cierra. Preferiría que con esa plata se haga otra cosa. (R)

Esto muestra una realidad compleja en políticas sanitarias, marcada por la distancia entre la letra escrita y la realidad presupuestaria provincial. El principal financiamiento que llega al primer nivel de atención proviene del Ministerio de Salud de la Nación, y el Ministerio sanitario provincial brinda el sostenimiento del recurso humano. Del ministerio nacional provienen recursos económicos por medio del Plan Nacer y Sumar. La principal provisión de medicamentos se realiza mediante el Plan Remediar, que provee de vacunas, entre otros. El hecho de no contar con recursos económicos propios dificulta el sostenimiento y la planificación de políticas sanitarias locales. En este sentido, se sostiene la lógica de programas universales sin mucha posibilidad de adaptación local.

En cuanto al abordaje interdisciplinario, también las percepciones de los trabajadores del centro de salud contradicen la letra escrita del plan. En este

¹¹ Esto ha sido así hasta la fecha de redacción del artículo, pero se encuentra en proceso de cambio con el actual gobierno nacional a partir de la creación de la Cobertura Universal de Salud (decreto 908/2016)¹²

¹³ Nacer y Sumar son planes financiados por el banco mundial, donde “el banco presta al Estado fondos que a su vez la Nación otorga a las provincias y estas a los centros públicos de salud. Pero en todos estos pasos está condicionada al cumplimiento de metas (...) en tanto cumplan las metas, los centros de salud cuentan con amplia autonomía para administrar los fondos”¹³. El Plan nacer surgió en el año 2003 como un seguro de salud para los niños sin cobertura de salud hasta los 6 años. Luego, en el año 2012 esto se amplió mediante el Plan Sumar incorporando a adolescentes, embarazadas, y adultos hasta los 64 años.

sentido, destacan que el reconocimiento del trabajo interdisciplinario se limita a la enumeración de las distintas disciplinas que trabajan en el CS, pero que en ningún momento se alienta o favorece la implementación de prácticas que tengan que ver con fortalecer este tipo de trabajo.

“Animarnos”: acerca de la interacción entre niveles de atención

En otro orden de cosas, desde el Plan provincial de Salud, se considera al sistema de salud como la respuesta social organizada a los problemas de salud, de modo que el sistema excede los límites del sub-sector público. Frente a diversas modalidades de gestión que desde el gobierno provincial describen como “compactación autoritaria de diversidades” o “anarquía fragmentada”, el plan propone el trabajo en redes en tanto entramado de conexiones, bajo el supuesto de que la adopción de esta metáfora permitiría respetar la heterogeneidad e integrar las diferencias. Esta línea de trabajo orientada al fortalecimiento de las “tecnologías blandas” mencionadas previamente, se presenta como democratizadora del sistema. Sin embargo, la interpretación que realizan desde el centro de salud es diametralmente opuesta: “[...] en la práctica se han formado redes que tienen que ver con el trabajo intersectorial, esto se organiza desde lo local” (T).

Tal como señala una de los trabajadores del CS: “[...] en ningún momento de arriba, salvo por algunos programas, no nos orientan para nada respecto a eso. Solo es desde lo local” (T).

En este punto es interesante destacar la tensión entre el plan que se autodefine como democratizador y el reclamo por parte de los trabajadores del CS, de lineamientos “desde arriba”, es decir, verticales para la organización de redes.

Una experiencia interesante que se dio en Bariloche, en todos los centros de salud, fue la articulación entre niveles de atención, entre el primer y segundo nivel, pero de manera inversa a lo que habitualmente sucede: profesionales del segundo nivel que van al primero, es decir del hospital al centro de salud. Un médico clínico perteneciente al servicio de clínica médica del hospital concurre a todos los centros de salud, para atender problemas más complejos que requerirían la concurrencia de los pacientes al hospital y así lo evita. Esta modalidad luego se amplió y en la actualidad, tanto pediatras como personal del servicio de cuidados paliativos del hospital concurren a los centros de salud.

Con respecto a esta iniciativa, refieren que: “[...] el caso de SV fue una iniciativa de él. Y él articuló con DAPA (departamento de actividades programadas para el área)⁽⁶⁾ y con clínica médica”.

Pero aclaran que: “[...] lo de SV es una movida institucional. Nosotros lo tenemos como uno más de nosotros, pero es institucional: clínica médica acepta que uno de sus médicos no atienda en el hospital, que atienda en los centros de salud”. (T) (lo cual significa una ruptura con lógicas enraizadas en el sistema sanitario)

Esta experiencia resultó institucionalizada en tanto “aceptada” por las autoridades inmediatas de los profesionales intervinientes, pero fue una iniciativa generada desde un trabajador de la salud en pos de facilitar la accesibilidad. Esta situación fue interpretada por uno de los miembros del equipo de salud del siguiente modo: “[...] debería ser una propuesta de más arriba, sentar a los actores de primer y segundo nivel y facilitar acuerdos de trabajo” (T).

Las recientes citas dejan de manifiesto de qué modos se construyen lazos sociales, y cómo las reglas y los recursos que forman las estructuras configuran

⁽⁶⁾ El DAPA es el departamento que existe en los hospitales provinciales rionegrinos que coordina y articula las actividades de los centros de salud bajo su dependencia.

vínculos a partir de los cuales los agentes sociales tienen posibilidad de crear, mantener, o transformar las relaciones a lo largo de tiempo y espacio. De ahí que el conocimiento de las rutinas efectivas de cada nivel de atención y los recursos disponibles en el segundo nivel, se haya convertido en un elemento esencial para un agente competente, capaz de abrir un espacio de trabajo y generar una nueva rutina, impensada en el marco de los modos en que se venía trabajando entre un nivel y otro. En este sentido, no se trata solo de un acto constituido por un actor, sino que ese mismo acto puede interpretarse como una forma constituyente de interacción.

Es de destacar el rol que tiene a nivel local el DAPA, quien articula y gestiona a nivel hospitalario las actividades de los centros de salud. Nuevamente es desde el nivel local desde donde se han realizado propuestas progresivas en relación a modificaciones en la gestión de estos espacios.

En un sistema de salud pensado en niveles de complejidad crecientes como el planteado en el plan provincial de Río Negro, el primer nivel requiere de su articulación con los niveles superiores de complejidad. Pero muchas veces la cercanía a la población que accede al establecimiento del primer nivel genera vínculos donde prima el cuidado y protección del otro. Como se refleja en lo que plantean desde el equipos de salud:

[...] una sensación como que también como de celo y de cuidado del paciente. Si la derivó... pobre (haciendo referencia a una potencial paciente), ¿quién lo va a atender? o tiene turno para dentro de mil años, o justo es esta persona, o no sé qué le va a decir, o capaz que no la trata como si lo tratamos acá. Que tratamos de facilitarle, de cuidarlo, de acompañarlo. Entonces también es eso, animarnos a hacer la consulta, el seguimiento, el tratamiento, pero también empañado de todo este tema. Que quizás si la relación fuera diferente con el segundo nivel por equis razón, o habría más contrarreferencia, o más facilidad, tal vez lo llamás y ves. (E)

Como que somos el atajo informal para el segundo nivel. Él conoce un grupo de médicos, yo conozco otro, entonces cuando necesitamos alguno, "che, ¿vos conoces? [...]" en vez de derivarlo, vamos nosotros y hablamos con el especialista. Che, tengo esto, esto y esto. Bueno, mándamelo, [...]

En este "ir al atajo", en esta búsqueda de facilitar la accesibilidad, la atención, el cuidado y el seguimiento, desplegando "tecnologías blandas" es posible advertir de qué modo, en muchas ocasiones se hace efectivo el derecho a la salud.

Dispositivos grupales y diabetes

Como fue expuesto, entre las prácticas rutinizadas de este centro de salud se destaca el trabajo con grupos: de diabetes, adultos mayores, jóvenes y de reciclado. Si bien otros centros de salud también tienen grupos, una característica saliente del que constituye nuestro estudio de caso, es la continuidad de los grupos en el tiempo.

El grupo genera una pertenencia en los pacientes diabéticos especialmente, que los hacen sentirse como un poco más en confianza entonces el seguimiento se hace más fácil también. Cuando hay uno que no vemos hace mucho, algo le pasó. Si sabemos que a alguien le está pasando algo, salimos. Pero me parece que el grupo genera una pertenencia que los hace sentirse de entre casa acá. Capaz que eso hace que el seguimiento tenga otra calidad. Pero en términos generales el seguimiento es muy similar. Pero genera casi una amistad sería, se genera un vínculo, que tiene otra calidad. (S)

De la cita se desprende la valoración del vínculo, del cuidado, de la confianza como prerrequisito para alcanzar otra calidad de atención y cuidado que dan cuenta de la "compleja trama intersubjetiva" que configura las dinámicas de cuidado, en tanto procesos que mutan, experimentando rupturas y continuidades.

Según relatan desde el equipo de salud, el abordaje de las personas con problemas crónicos de salud partió de una reflexión acerca de quiénes eran esas personas, para poder facilitarles el acceso. Para ello, consideraron necesario realizar cambios institucionales que impulsaron luego otras transformaciones. Entre estos cambios se destaca la agilización de la forma de obtener turnos, algo que viabiliza el acceso a la atención. La implementación de esta práctica pone de manifiesto el modo en que el derecho a la salud se efectiviza a partir de prácticas de algunos actores que intervienen sobre las estructuras. No se trata medidas implementadas “desde arriba”.

Diseñamos como iban a circular adentro. Si viene alguien con presión alta, ¿qué hace?: va a enfermería, se toma la presión. Después que hace, ¿lo ve el médico?, ¿no lo ve? Hicimos ese circuito, que en el centro de salud, en todos lados, es clave que se sepa mover. Cuando uno lo ve que sepa a donde lo manda o no lo manda. (T)

Por otra parte, las historias clínicas fueron organizadas siguiendo un código de colores. Cada historia clínica tiene un color determinado: “[...] entonces vos ya sin saber quién es, sabes si es un diabético, un epiléptico, un discapacitado, un asmático. Definimos más o menos unas nueve situaciones a priorizar. Pero que en ese momento eran enfermedades y factores de riesgo. Esa fue, abrir la puerta” (T).

Haber implementado esto implica que la persona encargada de lo administrativo en el CS, que no tiene conocimiento sobre enfermedades crónicas, si pueda saber que el significado de cada color. De este modo se garantizó el ingreso al circuito, el seguimiento, y una vez en la consulta, se genera la posibilidad de ir ampliando los contenidos de la misma.

Tal como destacó uno de los miembros del equipo de salud: “Son cambios institucionales, organizacionales” (B), cambios que como señala:

[...] van generando otras cosas y te genera problemas también. Porque si tenés máquina⁴⁾, tenés que tener la cinta. Y después se me presentó el problema de “doctor, me dio 40 de glucemia, que hacemos, tiene hipoglucemia”. Antes no se la detectábamos. Ahora lo sabemos y tenemos que resolver eso. Es como una cadena. Es una cosa que uno va aprendiendo. (B)

Este aprendizaje no se limitó a la búsqueda de soluciones prácticas como la señalada en la cita anterior, sino también a la apertura de un proceso de reflexividad respecto a las implicancias del trabajo grupal:

[...] cuando empezaron a aparecer más las conversaciones sobre lo que pasaba y lo que pedían, uno empezaba a ver que las respuestas técnicas eran una parte, pero no eran todo, sino que había respuestas que se las daba un par y que era inigualable. Entonces era un proceso nuestro de generar dinámicas de corrernos.

⁴⁾ La “máquina” hace referencia al glucómetro, instrumento utilizado para medir la glucemia (azúcar en sangre), sumamente importante para el seguimiento de las personas que viven con diabetes. Este proporciona un resultado del valor de glucemia en pocos segundos a partir de una “cinta” descartable.

Conclusiones

Tal como se desprende del análisis realizado, la adopción de una retórica de derechos tanto en la constitución provincial, como en el plan de salud, no se corresponden con las experiencias relatadas por quienes cotidianamente trabajan en terreno.

Así, el análisis del modo en que se articulan los instrumentos jurídicos con que cuenta la ciudadanía (indicadores estructurales) y los indicadores de proceso, que muestran de qué modo se instrumentan medidas para viabilizar el derecho a la salud (asignación presupuestaria para el sostenimiento de recursos humanos e infraestructura, así como también de las políticas que propenden a la provisión de medicamentos y otros insumos indispensables para el desarrollo de la práctica médica a la luz de los relatos del equipo de salud estudiado, ponen de manifiesto deficiencias respecto al cumplimiento de las obligaciones estatales.

Así las cosas, múltiples acciones, tendientes a garantizar la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud, responden a iniciativas impulsadas desde “abajo”, desde los mismos equipos de salud.

En un contexto caracterizado por una estructura normativa que dista enorme y profundamente de la realidad que se vive día a día en el centro de salud analizado, y que consideramos no constituye una excepción al interior de la provincia, hemos identificado diversas prácticas de cuidado (tecnologías blandas) orientadas a resolver de forma inmediata situaciones que se presentan en el CS que facilitan el acceso a la salud, tanto de la población en general como de grupos especialmente vulnerables como el de DBT.

Algunas de estas prácticas conducen a situaciones paradójicas, ya que ante contextos de carencias materiales y de recursos humanos, se genera cierto sentimiento de omnipotencia, al ser los propios actores los que cubren las ausencias mencionadas con su esfuerzo, dando un nuevo sentido a su trabajo. A nuestro entender, la emergencia de este tipo de afirmaciones no hace más que develar situaciones de gran desigualdad social e impotencia, en las que ese voluntarismo extremo habilita la reafirmación y valoración de los/as trabajadore/as, al tiempo que se aparta de pensar en términos de los derechos de los cuidadore/as.

Al mismo tiempo, se han generado otras estrategias que han logrado institucionalizarse generando condiciones propicias para la producción de más salud y cuidado, poniendo de manifiesto el modo en que los actores con sus prácticas pueden moldear o transformar ciertas estructuras y de algún modo también efectivizar el acceso a la salud.

De ahí que sea importante destacar el potencial creativo del trabajo de atención primaria, cuando los equipos de salud logran despegarse de “menús de productos y servicios que se ofrecen a través de acciones programáticas” que actúan como corsets que definen problemas y formas de atención al tiempo que invisibilizan y desatienden a quienes no se ajustan a dichas definiciones”¹⁴.

El trabajo interdisciplinario, la implementación de colores en las historias clínicas, la forma de circular por el CS, el trabajo en distintos grupos sostenidos a lo largo de años, el “animarse” a cuidar y a su vez “correrse” reconociendo los saberes que los propios pacientes tienen y pueden transmitir a otros, así como también la articulación en niveles de atención siguiendo una lógica inversa, a partir de rutinizar que el segundo nivel de atención vaya al primero constituyen ejemplos de prácticas que han construido espacios de libertad en los cuales algunas dimensiones del derecho a la salud se efectivizan, a partir de la construcción de nuevas institucionalidades en y desde el territorio¹⁵.

Colaboradores

Los autores tuvieron participación activa en el trabajo de campo, en la discusión de resultados y en revisión de versión final del trabajo.

Referências

1. OACNUDH. Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) [Internet]. [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OPCESCR.aspx>
2. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos-OACDH. Indicadores de derechos humanos. Guía para la medición y aplicación [Internet]. Ginebra; 2012 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: http://www.ohchr.org/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/Documents/Publications/Human_rights_indicators_sp.pdf&action=default&DefaultItemOpen=1
3. Hunt P. Informes de relatores especiales sobre derecho a la salud [Internet]. 2004 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://observatoriopoliticasocial.org/informes-de-relatores-especiales-sobre-derecho-a-la-salud/>
4. Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Lineamientos para la elaboración de indicadores de progreso en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Washington: Organización de los Estados Americanos; 2008 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www.cidh.oas.org/pdf%20files/Lineamientos%20final.pdf>
5. Constitución (1988). Constitución de la provincia de Río Negro. Río Negro: Legislatura; 1988.
6. Ministerio de Salud (AR). El derecho a la salud en Río Negro fortaleciendo el Sistema de Salud Rionegrino. Etapa 2014-2015 [Internet]. 2014 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: http://www.salud.rionegro.gov.ar/salud/wp-content/uploads/documentos/plan_provincial_salud/Plan_Salud_2014-2015.pdf
7. INDEC. Censo de población y vivienda 2010 [Internet]. 2010 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: http://www.censo2010.indec.gov.ar/index_cuadros.asp
8. Courtis C. La aplicación de tratados e instrumentos internacionales sobre derechos humanos y la protección jurisdiccional del derecho a la salud: apuntes críticos [Internet]. [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www.derechoshumanos.unlp.edu.ar/assets/files/documentos/la-aplicacion-de-tratados-e-instrumentos-internacionales-sobre-derechos-humanos-y-la-proteccion-jurisdiccional-del-derecho-a-la-salud-apuntes-criticos.pdf>
9. Merhy E, Feuerwerker LCM, Ceccim RB. Educación permanente en salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*. 2006; 2(2):147-60.
10. Izquierdo MJ. El cuidado de los individuos y de los grupos: quién se cuida. Organización social y género [Internet]. In: 2º Congreso de Salud Mental; 2003; Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2003 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www.intercanvis.es/pdf/10/10-09.pdf>
11. DINREP. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Información censal 2010 [Internet]. Ciudad de Buenos Aires: Dirección Nacional de Relaciones Económicas con las provincias; 2010 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www2.mecon.gov.ar/hacienda/dinrep/Informes/archivos/NBIAmpliado.pdf>
12. Ministério de Salud (AR). Decreto 908/2016. Cobertura Universal de Salud [Internet]. Boletín Oficial. Buenos Aires: República Argentina, Ministerio de Salud; 2016 [Internet]. [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/pdf/linkQR/cnFmUDFkcUIrTWcrdTVReEh2ZkU0dz09>

13. Lipcovich P. Una de las experiencias más exitosas [Internet]. Diario Página 12. 25 Mar 2014 [citado 23 Maio 2017]. Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/3-242588-2014-03-25.html>.
14. Seixas T, Merhy EE, Baduy S, Slomp HJ. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud: una experiencia del Sistema Único de Salud en Brasil. *Salud Colectiva*. 2016; 12(1):113-23.
15. Spinelli H. Volver a pensar en salud: programas y territorios. *Salud Colectiva*. 2016 [Internet]; [citado 23 Maio 2017]; 12(2):149-71. Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/article/view/976/983>

Perez SA, Perner S. Das palavras aos atos: o direito à saúde no Rio Negro, Argentina. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):359-71.

Neste artigo analisamos a distância entre o plano de saúde atual, na província de Rio Negro, Argentina, o quadro de oportunidades e recursos fornecidos pelas atividades do Estado e os cuidados realizados em um Centro de Saúde localizado no San Carlos de Bariloche a partir de uma perspectiva de direitos. Estabelecemos um diálogo entre o plano de saúde do Centro da província e as percepções da equipe do referido Centro, que emergiram de entrevistas em profundidade, observações e grupos focais, analisando indicadores de estrutura e processo.

Palavras-chave: Direito à saúde. Avaliação de processos. Cuidados de saúde. Centros de saúde - Argentina.

Sometido em 21/03/17. Aprobado en 07/07/17.

Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica:

percepção de usuários e profissionais

Tháís Lopes Friedrich^(a)
Xavéle Braatz Petermann^(b)
Silvana Basso Miolo^(c)
Hedioneia Maria Foletto Pivetta^(d)

Friedrich TL, Petermann XB, Miolo SB, Pivetta JMF. Motivations for collective practices in Primary Care: perception of users and professionals. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):373-85.

This study aimed to understand the motivations for the development and ongoing group activities in Primary Care in the perception of users and professionals. It is a descriptive research with qualitative methodology, developed in a Health Unit with a Community Health Workers Strategy in a city in southern Brazil. Fifteen patients and five professionals were included in this study, using an intentional sample plus convenience and saturation. The data were collected through individual semi-structured narrative interviews, analyzed using content analysis. The categories found that the subjects motivations comprise interpersonal relations, knowledge construction and comprehensive care. The results reveal the importance of teamwork in Primary Care to health promotion, once it has a positive impact on the clinical, social and emotional conditions of the subjects.

Keywords: Health primary care. Group processes. Motivation.

Este estudo teve por objetivo compreender as motivações para o desenvolvimento e manutenção de ações grupais na Atenção Básica na percepção de usuários e profissionais. Trata-se de pesquisa descritiva com metodologia qualitativa desenvolvida em uma Unidade de Saúde com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde de um município do Sul do Brasil. Participaram 15 usuários e cinco profissionais, sendo a amostra intencional, por conveniência e saturação. Os dados foram coletados mediante entrevista narrativa semiestruturada individual e analisados por meio da análise de conteúdo. As categorias que denotaram as motivações dos sujeitos compreenderam as relações interpessoais, a construção de saberes e o cuidado integral. Os resultados encontrados retrataram a importância do trabalho grupal na Atenção Básica para a promoção da saúde, uma vez que apresentaram impacto positivo sobre as condições clínicas, sociais e afetivas dos sujeitos.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Processos grupais. Motivação.

^(a) Universidade Federal de Santa Maria. Av. Roraima nº 1000, bairro Camobi. Santa Maria, RS, Brasil. 97105-900. thais.friedrich@yahoo.com.br

^(b) Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. xavelepetermann@gmail.com

^(c) Prefeitura Municipal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. sbmiolo@hotmail.com

^(d) Departamento de Fisioterapia e Reabilitação, Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. hedioneia@gmail.com

Introdução

A Atenção Básica (AB) constitui a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e orienta-se pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, integralidade e equidade¹. Caracteriza-se por um conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, dirigidas a populações de territórios adstritos¹.

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas geograficamente próximas aos usuários permitem aos profissionais de saúde a melhor compreensão sobre o contexto cultural, social e econômico em relação aos usuários adscritos a essas Unidades. Assim sendo, os profissionais vinculados a essas UBS assumem papel fundamental para a melhoria das condições de saúde da população de sua abrangência¹. Nas UBS é prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), como um meio para a reorganização inicial da AB¹. As UBS com Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde, por sua vez, consistem em UBS tradicionais que contam com as ações dos Agentes Comunitários de Saúde coordenados por um enfermeiro¹.

Alguns profissionais, como o fisioterapeuta, não compõem a equipe mínima na AB, entretanto, a proposta atual da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é que a inserção deste profissional nesse nível de atenção ocorra por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)¹.

Os estudos apontaram que a inserção de outros profissionais, além daqueles previstos na equipe mínima, como fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional na AB tem como objetivo o fortalecimento desse nível de atenção, uma vez que aumenta a resolutividade do sistema e contribui para a integralidade no cuidado²⁻⁷. Uma das modalidades de atuação dos profissionais de saúde no nível primário é por meio do trabalho grupal, com ações de educação em saúde e atividade física⁸.

Os grupos de promoção da saúde envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes, que compreendem aspectos emocionais, sociais e biológicos, não se configurando apenas como um somatório de pessoas, mas como uma nova entidade com objetivos compartilhados⁹, consistindo em instrumentos de intervenção coletiva e interdisciplinar, com a finalidade de construir relações sociais cooperativas para o desenvolvimento contínuo da autonomia dos seus integrantes¹⁰. Compreendem, também, um espaço privilegiado para a construção da rede de atenção, efetivando a participação popular e promovendo a educação em saúde¹¹.

A partir do exposto, pretendeu-se identificar os motivos pelos quais os usuários e profissionais do sistema de saúde aderiram às ações grupais e os motivos que os fizeram permanecer em tais atividades na AB. Entende-se, assim, a relevância de se compreender a constituição destes grupos, para o planejamento dessas ações, no sentido de torná-las mais efetivas e resolutivas¹².

Justifica-se o desenvolvimento da pesquisa na referida UBS pelas vivências práticas da Fisioterapia, por intermédio do Programa de Reorientação da Formação do Profissional da Saúde e do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde junto à equipe de saúde desta UBS.

Entretanto, mesmo que haja profissionais que, na legislação atual, não integrem a equipe mínima, como o fisioterapeuta, o fonoaudiólogo e o terapeuta ocupacional, existem algumas iniciativas de trabalho em grupo que envolvem a educação em saúde e o movimento humano, de forma terapêutica, coordenadas por estes profissionais na AB. Com essa característica de prática grupal, este estudo teve como objetivo compreender as motivações para o desenvolvimento e a manutenção de atividades em grupo na AB na percepção de usuários e profissionais.

Metodologia

A pesquisa utilizada foi a do tipo descritiva, transversal de cunho qualitativo, que buscou compreender as motivações para o desenvolvimento e a manutenção de atividades em grupo na AB na percepção de usuários e profissionais. De acordo com Minayo¹³, a pesquisa qualitativa caracteriza-se pela preocupação com a profundidade dos significados dos dados obtidos, e não com a generalização dos mesmos.

Assim sendo, os dados foram coletados em um grupo de promoção à saúde de uma UBS com EACS da rede de atenção à saúde de um município do Sul do Brasil, no período de março a julho de 2015.

A amostra foi intencional, por conveniência e saturação, sendo composta por 15 usuários e cinco profissionais os quais aceitaram participar da pesquisa. A amostragem por saturação é utilizada para estabelecer o tamanho final da amostra de uma pesquisa, cessando a captação de novos dados¹⁴. As narrativas dos novos sujeitos da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não contribuindo de forma significativa para aprimorar a reflexão fundamentada nos dados até o momento coletados¹⁴.

Para participar do estudo os sujeitos poderiam ser de ambos os sexos, de todas as idades e que tivessem participando das atividades em grupo promovidas pelos trabalhadores da UBS, em parceria com o PET-Saúde, por, no mínimo, três meses, tempo considerado suficiente, segundo Augusto et al.¹⁵, para que os sujeitos possam narrar sua percepção a respeito das ações grupais. Foi excluído um sujeito por apresentar dificuldade de compreensão e expressão dos questionamentos, no momento da realização da entrevista, e que não permitiria o levantamento de informações pertinentes à pesquisa.

As ações em grupo tiveram início em 2007, ocorrendo em duas vezes na semana. Cada encontro tinha a duração de uma hora, com a participação de vinte a cinquenta usuários. As ações compreenderam o diálogo, o exercício físico, as atividades lúdicas e o relaxamento. O grupo era coordenado pelo fisioterapeuta, em parceria com o Técnico de Enfermagem e os Agentes Comunitários de Saúde.

A partir do Quadro 1 pôde-se perceber que o tempo de participação dos usuários no grupo era de três a 96 meses, sendo, em sua maioria, do sexo feminino, idosos e aposentados. Os profissionais que participaram das atividades grupais na UBS foram o Fisioterapeuta, o Técnico de Enfermagem e os três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com tempo de participação em tais atividades de 24 a 66 meses.

Para preservar a identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, optou-se pelo uso de pseudônimos. Preferiu-se não utilizar nomes abstratos, mas sim que tivessem algum significado para evidenciar os participantes envolvidos nas ações em grupo. Para isso, foram adotados nomes de pedras preciosas para os usuários e de estrelas, para os profissionais. Justifica-se o uso desses pseudônimos, porque representavam o brilho de cada sujeito para o grupo, sendo que estes pseudônimos foram escolhidos por meio de um sorteio.

Quadro 1. Caracterização dos sujeitos

Nome	Idade (anos)	Sexo	Profissão	Tempo de participação (meses)
Ágata	64	Feminino	Aposentada	Sete
Jaspe	66	Feminino	Aposentada	60
Safira	69	Feminino	Aposentada	24
Jade	61	Feminino	Aposentada	96
Apatita	51	Feminino	Comerciante	Quatro
Cristal	75	Feminino	Aposentada	12
Âmbar	69	Feminino	Aposentada	12
Pérola	57	Feminino	Cuidadora	36
Malaquita	73	Feminino	Aposentada	Três
Rubi	54	Feminino	Doméstica	36
Ônix	55	Feminino	Doméstica	48
Diamante	56	Feminino	Aposentada	12
Brilhante	67	Feminino	Aposentada	24
Quartzo	66	Masculino	Aposentado	36
Citrino	74	Masculino	Aposentado	24
Luna	42	Feminino	Fisioterapeuta	96
Sírius	56	Masculino	Técnico de enfermagem	24
Meissa	36	Feminino	Agente comunitária de saúde	54
Rana	55	Feminino	Agente comunitária de saúde	60
Mira	45	Feminino	Agente comunitária de saúde	36

O instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista narrativa semiestruturada individual elaborada pelos autores e validada com população semelhante que não fez parte da pesquisa. O roteiro da entrevista é um instrumento usado para orientar uma conversa com finalidade, que é a entrevista¹³. A entrevista foi realizada individualmente, conforme disponibilidade de horário dos participantes, e gravada em equipamento de áudio, na UBS, no intuito de absorver, ao máximo, as narrativas dos participantes, sem tempo pré-definido, para que os entrevistados tivessem liberdade de pronunciamento, conforme desejado.

A entrevista realizada com os usuários foi constituída de eixos temáticos, que contemplaram dados sociodemográficos para a caracterização dos participantes do grupo, tais como, sexo, idade, profissão, assim como dados sobre a inserção e a percepção do grupo, tempo de participação no grupo, maneira como ficou sabendo do grupo, dinâmica do grupo, escolha e avaliação das atividades, motivos de adesão e permanência nas ações em grupo, implicações na saúde, dificuldades para participação no grupo e atuação dos profissionais no grupo. Além das temáticas descritas, a entrevista dos profissionais de saúde contemplou os motivos para desenvolver e permanecer nas ações em grupo, caracterização do trabalho, tempo de participação e dinâmica do grupo, planejamento e avaliação das ações, dificuldades na realização do grupo, percepção sobre as implicações na saúde dos usuários e atuação dos profissionais.

A análise dos dados foi realizada por meio da análise de conteúdo das entrevistas narrativas dos usuários e profissionais. Existem várias modalidades de análise de conteúdo, sendo uma delas a análise temática, utilizada neste estudo, pois é considerada a mais apropriada para pesquisas qualitativas em saúde¹³.

A análise temática busca descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência adquirem algum significado para o objeto estudado¹³. Ela compreende três etapas¹³: pré-análise (compreende a escolha dos documentos a serem analisados e a retomada das hipóteses dos objetivos iniciais da pesquisa); exploração do material (consiste na categorização, sendo este um processo de redução do texto às palavras ou expressões mais significativas); tratamento dos resultados obtidos e interpretação (são propostas inferências e realizadas interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico inicialmente desenhado)¹³. Nesse sentido, as narrativas dos usuários e profissionais foram analisadas em conjunto, na tentativa de permitir uma análise uníssona das ações grupais.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Instituição de Ensino Superior à qual os autores estão vinculados e está de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e discussão

Para melhor organização e clareza dos resultados, apresenta-se a categorização que emergiu da análise de conteúdo e que denotou as motivações para o desenvolvimento e a manutenção de ações em grupo na AB, na percepção dos usuários e profissionais.

Motivações para a prática de atividades em grupo na percepção dos usuários e profissionais

As análises das narrativas revelaram três categorias. A primeira foi denominada de: “o grupo como meio para a construção de relações interpessoais”; a segunda: “o grupo como elemento para a construção de saberes”, e a terceira: “o grupo como espaço para o cuidado integral”. Estas narrativas trouxeram os motivos para a adesão e a permanência, na perspectiva uníssona dos usuários e dos profissionais das ações grupais.

As categorias, bem como os elementos que as elegeram, apresentaram-se inter-relacionadas no contexto grupal. Neste contexto, a Figura 1 ilustrou as motivações para o desenvolvimento das ações grupais.

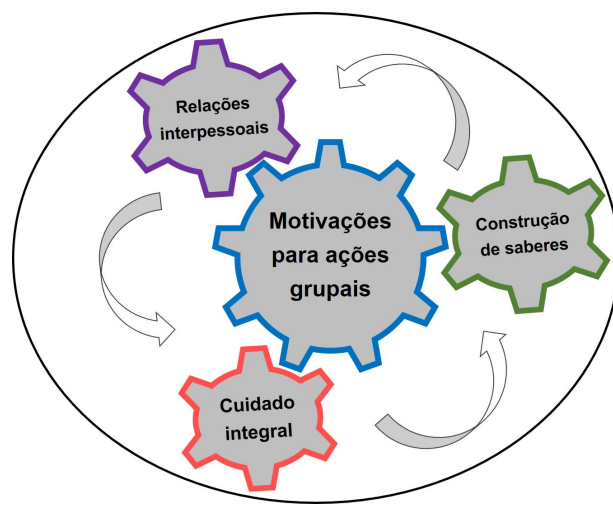


Figura 1. Motivações para o desenvolvimento de ações grupais.

O grupo como meio para a construção de relações interpessoais

A partir da convivência entre os sujeitos no grupo, houve a criação de laços de afetividade e a construção do vínculo, os quais tornaram-se facilitadores para o processo de troca de experiências e aprendizado. Assim, os elementos que elegeram essa categoria foram, fundamentalmente, os 'laços afetivos' e o 'vínculo' que emergiram das relações oriundas do espaço grupal.

Os 'laços afetivos' permeiam as relações entre os sujeitos, por meio de sentimentos e emoções, esses laços podem ser compreendidos como a manifestação de sentimentos de estima a alguém, de simpatia, de amizade que faz uma relação ter cumplicidade¹⁶.

A partir dos relatos, notou-se que os 'laços afetivos' entre os sujeitos do grupo constituíram um importante fator de motivação em tais atividades:

Têm conversas, no início do grupo, a gente pede como está a pessoa, que seja bem bem-vinda, às vezes, um carinho, um abraço, a pessoa melhora. (Apatita)

[...] encontrar colegas, trocar ideia, se dar um abraço, essa troca, além do físico [...]. (Âmbar)

A relação entre nós é de respeito, de amizade, de companheirismo, e entra também o pessoal, que também é a mesma coisa, e eu acho que se passa muita motivação [...]. (Mira)

Os 'laços afetivos' descritos pelos usuários e profissionais envolveram o carinho, o respeito, a amizade e o companheirismo, os quais retrataram a importância dos aspectos afetivos na adesão e permanência dos usuários e profissionais nas ações grupais na AB. Em pesquisa realizada por Bittar et al.¹⁷, o grupo foi considerado pelos usuários e profissionais como lugar para o afeiçoamento entre as pessoas. Outro estudo também encontrou resultados semelhantes, em que os grupos se apresentaram como lugares de informação, mas, ao mesmo tempo intervenções cheias de afeto¹⁸.

Desse modo, percebeu-se que na AB, as ações em saúde, principalmente de promoção da saúde, requereram tecnologias de baixa densidade. Apesar do conhecimento profissional e de todo o repertório para o desenvolvimento de tais atividades, os aspectos de cunho emotivo prevaleceram.

Mediante o exposto, o "vínculo", outro dispositivo necessário às ações em saúde, é construído em um processo relacional, que transcorre ao longo do tempo de convivência no grupo, e compreende

a ligação de confiança entre os sujeitos, garantindo a continuidade do cuidado. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹, o vínculo consiste na construção de relações de afeto e confiança entre os sujeitos, construído ao longo do tempo, permitindo aprofundar o processo de corresponsabilização pela saúde¹. Neste estudo, foi possível perceber que o “vínculo” pode ter sido construído nas relações profissional-usuário, usuário-usuário e profissional-profissional, constituindo-se, essencialmente, um vínculo social.

O “vínculo” entre profissional-usuário compreendeu uma parceria instituída, em prol do fortalecimento do cuidado, como pôde ser observado nas falas:

[...] ela é tipo aquela mãe amorosa [...] tem uma palavra amiga para tudo [...]. Durante os exercícios é muito bom, sempre alegre, divertida, ela é companheira mesmo, nem parece a professora, parece uma de nós. (Pérola)

[...] eles sentem a energia do profissional que chega e chega para fazer a diferença, é isso que faz eles voltarem, eles sentem o prazer do profissional que está ali com eles [...], é uma relação muito horizontal, [...] e isso fortalece o vínculo, e não é aquela coisa do profissional no andar de cima e o usuário no andar de baixo. (Luna)

Os pronomes “ela” e “eles”, que emanaram das vozes dos usuários e profissionais, referiram-se ao profissional da equipe e aos próprios participantes do grupo. Conforme descrito, o ‘vínculo’ baseado em uma relação horizontal entre tais sujeitos é um importante motivo de adesão e permanência destes no grupo. A valorização do outro como sujeito ativo é fundamental para a efetivação dos objetivos das ações desenvolvidas em âmbito coletivo. Um estudo relatou que, quando o profissional senta-se ao lado, ouve as dificuldades dos usuários e constrói, em conjunto, as soluções para os seus problemas, faz com que a equipe de saúde seja vista como parceira e este fator fortalece o cuidado¹⁹. A partir do exposto, notou-se que as relações de ‘vínculo’ entre tais sujeitos interferiram de maneira significativa nas ações desenvolvidas e foram valorizadas no contexto do grupo.

O vínculo é considerado uma conquista, não é um acontecimento imediato e quanto mais forte o vínculo, maior é a troca de saberes entre tais sujeitos, gerando ações de saúde mais resolutivas²⁰. Uma pesquisa realizada com um grupo de atividade física com idosos identificou que ter bons profissionais foi um fator que motivou tais sujeitos¹². Outro estudo sobre barreiras e facilitadores para a prática de atividade física em grupo de idosos identificou como facilitador as atitudes profissionais¹⁹. Dessa forma, conforme as narrativas e os estudos citados^{12,10}, a relação de ‘vínculo’ entre usuários e profissionais apresentou-se como um importante aspecto na motivação em ações grupais.

Ainda, na perspectiva do ‘vínculo’, este dispositivo estabeleceu-se, densamente, entre os usuários na convivência no grupo, e foi fortalecido e ampliado no decorrer do tempo. As narrativas, que seguem, demonstraram esse achado:

[...] uma conversa com a outra, uma dá ânimo para a outra, incentivando a ficar no grupo, incentivando a vim para o grupo, [...], a gente tem outra qualidade de vida. (Ágata)

[...] uma ajuda a outra e fica aquela união, [...] vai conversando, pela amizade também [...]. (Brilhante)

[...] pela convivência e que é um grupo bom, é um grupo assim que as pessoas estão bem, estão alegres, conversam, se comunicam, hoje em dia os grupos estão muito fechados, as pessoas ficam muito na sua e aqui a gente vê, sempre conversam, dizem alguma coisa, se expressam [...]. (Rubi)

Como foi possível perceber, o “vínculo” constituiu a maneira como os usuários relacionaram-se no contexto do grupo, por meio da conversa, do incentivo e da convivência, descrito nos relatos, e em razão disso, definiu-se como motivo de adesão e permanência dos colaboradores no grupo.

Um dos efeitos das práticas grupais, de acordo com a pesquisa de Ferreira Neto et al.¹⁸, é exatamente o de criação de espaços de sociabilidade, já que os usuários, com vínculos sociais e familiares estreitos, encontram formas de estabelecer laços de amizade e solidariedade¹⁸. Na presente pesquisa, também, notou-se a existência do vínculo social entre os usuários, confirmado pelas narrativas que denotaram sentimentos de afeto e de confiança entre eles. Tal relação estabelecida entre os participantes do grupo, sem dúvida, tiveram o efeito de fortalecer as ações, proporcionando o acolhimento no ambiente grupal.

O “vínculo” entre os profissionais, também, foi identificado nas narrativas dos participantes deste estudo, como importante para o trabalho em conjunto no grupo e para o funcionamento deste, pois ampliou o entendimento sobre a atuação no grupo. Os relatos demonstraram essa relação:

[...] todos os profissionais trabalham juntos com a mesma função para um resultado só [...].
(Meissa)

Cada profissional tem aquela partezinha, tem aquele apoio, dá um pouquinho de si para formar uma grande equipe. (Rana)

[...] o entrosamento com o grupo, a gente conversa, a gente brinca, a gente ri, mexe o corpo, mexe a mente, é um todo, é muito importante [...]. (Âmbar)

As narrativas denotaram que, quando os profissionais trabalhavam em parceria e harmonia, tornavam o grupo mais unido e os usuários percebiam o vínculo e o comprometimento, favorecendo a adesão e a permanência dos usuários em tais ações.

Um estudo de Viegas et al.²¹, com o objetivo de compreender a construção das práticas de integralidade em saúde no trabalho das equipes de Saúde da Família e de gestores de três municípios de Minas Gerais, referiu a necessidade de integração entre os diferentes profissionais para a atenção integral dos indivíduos. Apesar de o estudo citado²¹ ter sido realizado em outra realidade e no contexto da Saúde da Família, os resultados também demonstraram a importância do vínculo entre os profissionais para promoverem uma atenção integral.

O grupo como elemento para a construção de saberes

No espaço grupal, a partir das relações entre os sujeitos, ocorreram troca de experiências e aprendizagem, oportunizando o empoderamento dos usuários sobre o cuidado com a sua saúde. Os elementos que elegeram essa categoria puderam compreender a “troca de experiência”, o “aprendizado” e o “empoderamento do usuário” quanto ao cuidado com sua saúde.

A “troca de experiência” entre os sujeitos no grupo envolveu o intercâmbio de saberes sobre os aspectos relacionados ao cotidiano, com enfoque na saúde, como demonstrado pelos depoimentos:

[...] tem um dia da semana que a gente conversa, faz aquela integração, cada um conta a sua experiência, passa uma mensagem boa. (Rubi)

[...] são trabalhados alguns temas que servem para eles refletirem sobre o dia-a-dia. [...] o ACS [...], além de ser uma capacitação para ele, vai ter a troca de experiência com os usuários [...].
(Luna)

A partir das narrativas percebeu-se que, nas ações de educação em saúde desenvolvidas no grupo, os sujeitos tiveram a oportunidade de trocar experiências, e com isso, ampliar seu entendimento sobre determinados assuntos ligados à saúde. Um estudo realizado sobre atividades em grupo, como estratégia de promoção da saúde na senescência destacou que tais atividades permitiram a troca de experiências entre os participantes, o que favoreceu o aprendizado¹⁷. Ferreira Neto et al.¹⁸ relataram que um dos efeitos das práticas grupais é a troca de conhecimentos entre os sujeitos envolvidos

no grupo, possibilitando a construção coletiva de saberes. Percebeu-se a importância da “troca de experiências” entre os indivíduos no grupo, o que permitiu a construção conjunta de saberes.

O ‘aprendizado’, como consequência, caracterizou-se pela apropriação de conhecimentos significativos para os sujeitos, possibilitando um impacto ou uma mudança na vida dos usuários ou na prática dos profissionais de saúde, conforme as falas:

[...] eu não sabia o que tinha que comer, o certo e o errado, para controlar a pressão [...] para o diabetes. [...] vi resultados bons, eu estou aprendendo muita coisa sobre a saúde [...]. Os remédios, que, às vezes, a gente não tomava no horário, agora a gente toma certo. (Ônix)

[...] ter um maior aprendizado, porque eu já trabalho com a comunidade, ter um algo a mais para acrescentar, para poder orientar nas visitas, alguns exercícios que a gente aprendeu no grupo. (Meissa)

Notou-se que a aprendizagem se deu com assuntos relacionados à alimentação, ao controle de doenças crônicas, ao uso correto de medicamentos e à prática de exercício físico. O “aprendizado”, neste contexto, também foi significativo para o ACS, pois ele foi multiplicador de conhecimento nas suas ações na comunidade, visto que trocou e compartilhou experiências no convívio com outros profissionais, o que configurou ações importantes na educação permanente em saúde.

O processo de aprendizado ocorrido como resultado do trabalho grupal envolve componentes que facilitam a modificação de comportamentos direcionados à promoção da saúde²². Um estudo realizado por Almeida et al.²³ buscou investigar o processo de aprendizado em um grupo de diabéticos desenvolvido em uma UBS de Belo Horizonte, e mostrou que a maioria dos entrevistados referiu-se ao grupo como espaço de aprendizagem do cuidado com o diabetes, sendo que este aprendizado aconteceu a partir da comunicação e da interação entre os participantes do grupo, sendo valorizados o conhecimento e a experiência de cada um. Os autores²³, também, constataram que a aprendizagem em grupo se deu por meio de orientações, informações, esclarecimento de dúvidas e compartilhamento de experiências, o que convergiu com os achados desta pesquisa, pois os entrevistados, também, se remeteram ao grupo como um espaço potencial para a construção do aprendizado sobre saúde.

Embora o estudo²³, em questão, tratasse de um grupo em torno de uma condição específica, o diabetes, os resultados estavam de acordo com os encontrados na presente pesquisa, uma vez que os entrevistados, também, se remeteram ao grupo como um espaço potencial para a construção do aprendizado sobre a saúde.

Nesse sentido, pôde-se caracterizar como “empoderamento do usuário” o processo de aquisição de conhecimento capaz de gerar autonomia perante o seu cuidado, o que foi descrito pelas narrativas:

[...] o papel do fisioterapeuta, também, é esse, empoderar as pessoas para que elas sejam responsáveis pelo seu cuidado [...]. (Luna)

[...] o nosso grupo, assim, é muito divertido, [...]. Nosso grupo desempenha um papel excelente. [...] quando a fisioterapeuta não está, a gente, também, faz o grupo sozinho, tem uma residente ajudando a gente [...]. (Jade)

As falas demonstraram que um dos papéis dos profissionais de saúde, dentre eles, o fisioterapeuta, no grupo, é de empoderar os usuários pelo cuidado com a sua saúde. Neste contexto, o empoderamento é o processo no qual as pessoas adquirem o domínio sobre as suas vidas, apreendendo conhecimentos, para serem capazes de tomar decisões acerca de sua saúde²⁴. Em um estudo, Santos et al.²² destacaram que os grupos de promoção à saúde têm como papel a potencialização das capacidades dos sujeitos, isto é, torna-os capazes de realizarem mudanças de comportamento e de atitude direcionados ao desenvolvimento da autonomia e o enfrentamento das condições geradoras de sofrimentos evitáveis/desnecessários, o que pressupõe o cuidado integral, contemplado a partir do trabalho grupal.

O grupo como espaço para o cuidado integral

A integralidade do cuidado compreende ações voltadas para atender as necessidades do sujeito em sua totalidade, não o dividindo em partes ou sistemas isolados. Os elementos que elegeram essa categoria foram, essencialmente, o “impacto nas condições de saúde” dos sujeitos, tanto “físicas” quanto “psíquicas”, o que remeteu à integralidade do cuidado.

Pôde-se observar, pelas narrativas de usuários e profissionais, questões relacionadas às condições físicas que denotaram as implicações do grupo na saúde dos participantes, destacando-se, também, como motivos para a adesão e a permanência às ações grupais.

[...] tinha perda de urina, quando eu tossia. Agora melhorei. [...] o problema do engasgo [...].
(Safira)

[...] exercícios que nós fizemos aqui nos ajudam no equilíbrio [...], e também a parte motora, ativa os músculos [...]. (Quartzo)

[...] além de fazer atividade física, porque eu preciso, porque estou acima do peso [...]. (Mira)

Notou-se a melhora das perdas urinárias, da disfagia, do equilíbrio, da parte muscular e a diminuição do peso. Percebeu-se que houve impacto, não apenas na saúde dos usuários, mas também na dos profissionais.

As narrativas, que seguem, também, denotaram aspectos relacionados às condições álgicas:

Eu passava tomando remédio para a coluna [...]. Nunca mais tomei [...]. Melhorei bastante. [...].
Melhora da qualidade de vida. (Jaspe)

[...] doía tudo aqui, eu não conseguia me abaixar para fazer minhas atividades, agora eu já consigo com mais facilidade [...]. (Diamante)

[...] os dias que eu venho fazer os exercícios, são as noites que eu melhor durmo, porque me dói menos as pernas, me dói menos tudo [...]. (Pérola)

Ah, eu sentia muita dor, e agora não, agora eu estou bem [...]. (Malaquita)

[...] porque eu tenho um problema na coluna, então, é muito bom, ajuda bastante [...] melhora a dor [...]. (Sirius)

Houve melhora em aspectos relacionados à dor e diminuição da medicação para esta, com impacto na qualidade de vida, nas atividades de vida diária (AVDs) e na qualidade do sono. Nesse sentido, as ações de promoção da saúde impactaram sobre as condições clínicas dos usuários, para além das sociais e afetivas demonstradas nas categorias anteriores.

Em um estudo, Santos et al.²² discutiram que os grupos de promoção da saúde são capazes de intervir na erradicação ou, ainda, minimizar as doenças e a perda da capacidade funcional dos indivíduos e preservar ou desenvolver a autonomia por parte deles. A AB cumpre com seus princípios na medida em que desenvolve ações em grupos de promoção da saúde dos participantes.

Na pesquisa realizada por Meurer et al.²⁵ em Centros de Saúde do município de Florianópolis-SC, que teve como objetivo investigar a associação de fatores motivacionais com a autoestima de idosos para a prática de exercícios físicos, os resultados identificaram que os participantes tinham autoestima elevada e sentiam-se motivados pela prática de exercícios físicos, especialmente, nas dimensões da saúde e da sociabilidade²⁵. Percebeu-se, tanto no estudo citado²⁵ como na presente pesquisa, que as repercussões na saúde se constituíram como importante fator capaz de motivar os sujeitos às práticas grupais.

Lopes et al.¹², em uma pesquisa com grupos de convivência em Florianópolis (SC), que se propôs a analisar os motivos de adesão e de permanência de idosos longevos em programas de atividades físicas, obteve como resultados a promoção/manutenção da saúde¹². Tal resultado¹² corroborou com o que foi encontrado no estudo aqui apresentado, em que a percepção da saúde é mencionada pelos participantes como importante fator motivacional nas ações grupais.

Nas narrativas que seguem, perceberam-se, também, questões relacionadas à saúde psíquica dos indivíduos:

[...] eu andava meio depressiva, [...] depois que vim minha vida deu uma melhoria cem por cento. (Ágata)

A acolhida no grupo é muito boa [...] é um entrosamento muito bom, levanta o astral da gente [...]. (Cristal)

[...] também na parte de saúde mental, a gente vinha super sufocada com os problemas que a gente não consegue dar muita resolutividade e ali era uma forma de dar uma equilibrada na mente da gente [...]. (Meissa)

[...] você aumenta sua autoestima. [...] vindo aqui você já renova [...]. (Apatita)

É muito bom, porque os exercícios para fazer, minha cabeça precisa [...]. (Citrino)

Cabe destacar, conforme os relatos, que o profissional, por vezes, se coloca como profissional, por vezes, como aprendente, e outras, como usuário, o que, também, foi percebido nas categorias anteriores.

Os discursos dos usuários e profissionais inferiram aspectos relacionados à saúde mental, ou seja, a depressão, o humor, o estresse, a autoestima e a memória, todos beneficiados positivamente pelas atividades desenvolvidas no grupo.-

Em uma pesquisa sobre práticas de grupo desenvolvidas por Equipes de Saúde da Família de Belo Horizonte – MG, envolvendo usuários e profissionais, com a finalidade de conhecer e avaliar as práticas de grupo, demonstrou que as ações contribuíram para a diminuição do uso de medicações indicadas para ansiedade e depressão por parte dos usuários¹⁸. Nos resultados do presente estudo não foram referidos relatos sobre o uso de medicamentos antidepressivos e ansiolíticos, mas existiu uma melhora nos sintomas depressivos e redução de medicamentos utilizados para a dor.

Nesse contexto, dois estudos semelhantes realizados tiveram como objetivo identificar o que motivavam os idosos a participarem de programas de atividade física e encontraram que um dos principais motivos de adesão e permanência foi a superação do estresse^{26,27}. Outra pesquisa realizada com um grupo de convivência de Belo Horizonte – MG, com o intuito de verificar as principais motivações à realização de atividade física em um grupo de mulheres idosas demonstrou que um dos motivos era o aumento da autoestima²⁸. A diminuição do estresse e o aumento da autoestima, conforme os relatos dos sujeitos e as pesquisas citadas²⁶⁻²⁸ constituíram importantes fatores de motivação de tais sujeitos no contexto do grupo.

No processo de envelhecimento, o desempenho físico e social de pessoas idosas está intimamente ligado à integridade das funções cognitivas²⁹. A partir dos relatos, a memória foi citada como um dos fatores motivacionais, no entanto, não foram encontrados estudos sobre motivos de adesão e permanência que mencionassem esse tema. Entretanto, percebeu-se que em práticas de grupo deve-se ter uma atenção para este aspecto, já que uma alteração na memória pode afetar a funcionalidade dos sujeitos e isto tem sido tema de atenção de profissionais de saúde.

Conclusão

Com base nos resultados da pesquisa, percebeu-se que as motivações para o desenvolvimento de ações em grupo na AB, na percepção uníssona de usuários e profissionais, compreenderam três categorias, sendo estas: as relações interpessoais, que denotaram as relações de “vínculo” e os “laços afetivos” entre os sujeitos no grupo; a construção de saberes, que representou a “troca de experiências”, a “aprendizagem” e o “empoderamento do usuário” quanto ao cuidado com sua saúde e o cuidado integral, que se referiu ao impacto que as ações possuíam nas “condições de saúde” dos sujeitos, tanto “físicas” quanto “psíquicas”.

As motivações, aqui encontradas, demonstraram que a atividade grupal compreendeu um importante meio para a promoção da saúde neste nível de atenção, com impacto positivo sobre as condições clínicas, sociais e afetivas dos sujeitos e, conseqüentemente, na qualidade de vida dessas pessoas.

Assim, pôde-se inferir que os achados do estudo constataram a importância das ações grupais para a promoção da saúde dos usuários, assim como revelaram um dispositivo em potencial para o cuidado integral no nível primário de atenção. Ficou evidente que as ações grupais representaram um espaço para a interlocução do fisioterapeuta em parceria com os profissionais da AB.

Diante do exposto, ressalta-se que é importante o desenvolvimento de mais pesquisas sobre o tema, com o propósito de ampliar o diálogo, bem como motivar os profissionais da AB quanto às ações coletivas, preconizadas para esse nível de atenção, em prol de maior abrangência do trabalho interprofissional, assim como da maior resolubilidade das ações realizadas.

Colaboradores

Thaís Lopes Friedrich, Xavéle Braatz Petermann, Silvana Basso Miolo e Hedioneia Maria Foletto participaram ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União. Brasília, 21 out. 2011. Seção 1, nº 204, p. 1-37.
2. Bispo Júnior JP. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(1):1627-36.
3. Delai KD, Wisniewski MSW. Inserção do fisioterapeuta no programa saúde da família. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(1):1515-23.
4. Rezende M, Moreira MR, Amancio Filho A, Tavares MFL. A equipe multiprofissional da “Saúde da Família”: uma reflexão sobre o papel do fisioterapeuta. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14(1):1403-10.

5. Formiga NFB, Ribeiro KSQS. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF). *Rev Bras Cienc Saude*. 2012; 16(2):113-22.
6. Carvalho STRF, Caccia-Bava MCGG. Conhecimentos dos usuários da estratégia saúde da família sobre a fisioterapia. *Fisioter Mov*. 2011; 24(4):655-64.
7. Baena CP, Soares MCF. Subsídios reunidos junto à equipe de saúde - a inserção da fisioterapia na estratégia saúde da família. *Fisioter Mov*. 2012; 25(2):419-31.
8. Aquino CF, Augusto VG, Moreira DS, Ribeiro S. Avaliação da qualidade de vida de indivíduos que utilizam o serviço de fisioterapia em unidades básicas de saúde. *Fisioter Mov*. 2009; 22(2):271-9.
9. Santos LM, Oliveira EM, Crepaldi MA, Ros MA. Atuação dos coordenadores de grupos de saúde na rede docente assistencial. *Rev Saude Publica*. 2010; 44(1):177-84.
10. Santos LM, Ros MA, Crepaldi MA, Ramos LR. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(2):346-52.
11. Combinato DS, Vecchia MD, Lopes EG, Manoel RA, Marino HD, Oliveira ACS, et al. "Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia da saúde da família. *Psicol Soc*. 2010; 22(3):558-68.
12. Lopes MA, Krug RR, Marches M, Mazo GZ. Análise da aderência e da permanência de longevos em programas de atividade física. *ConScientiae Saude*. 2012; 11(3):429-37.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(1):17-27.
15. Augusto VG, Aquino CF, Machado NC, Cardoso VA, Ribeiro S. Promoção de saúde em unidades básicas: análise das representações sociais dos usuários sobre a atuação da fisioterapia. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(1):957-63.
16. Mattos SMN. Avaliar: um diálogo da afetividade com a rede de relações desenvolvidas no cotidiano escolar. *Rev Educ PUC-Camp*. 2008; 25:173-81.
17. Bittar C, Lima LCV. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. *Rev Kairos*. 2011; 14(3):101-18.
18. Ferreira Neto JL, Kind L. Práticas grupais como dispositivo na promoção da saúde. *Physis*. 2010; 20(4):1119-42.
19. Maffaccioli R, Lopes MJM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(1):973-82.
20. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc Saude Colet*. 2009; 14 Supl 1:1523-31.
21. Krug RR, Lopes MA, Mazo GZ. Barreiras e facilitadores para a prática da atividade física de longevos inativas fisicamente. *Rev Bras Med Esporte*. 2015; 21(1):57-64.
22. Viegas SMF, Penna CMM. A construção da integralidade no trabalho cotidiano da equipe de saúde da família. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(1):133-41.23. Almeida SP, Soares SM. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15 (1):1123-32.
24. Taddeo PS, Gomes KWL, Caprara A, Gomes AMA, Oliveira GC, Moreira TMM. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):2923-30.

25. Meurer ST, Benedetti TRB, Mazo GZ. Teoria da autodeterminação: compreensão dos fatores motivacionais e autoestima de idosos praticantes de exercícios físicos. *Rev Bras Ativ Fis Saude*. 2011; 16(1):18-24.
26. Cavalli AS, Pogorzelski LV, Domingues MR, Afonso MR, Ribeiro JAB, Cavalli MO. Motivação de pessoas idosas para a prática de atividade física: estudo comparativo entre dois programas universitários – Brasil e Portugal. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2014; 17(2):255-64.
27. Ribeiro JAB, Cavalli AS, Cavalli MO, Pogorzelski LV, Prestes MR, Ricardo LIC. Adesão de idosos a programas de atividade física: motivação e significância. *Rev Bras Med Esporte*. 2012; 34(4):969-84.
28. Gomes KV, Zazá DC. Motivos de adesão à prática de atividade física em idosos. *Rev Bras Ativ Fis Saúde*. 2009; 11(2):132-8.
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Friedrich TL, Petermann XB, Miolo SB, Pivetta JMF. Motivaciones para prácticas colectivas en la Atención Básica: percepción de usuarios y profesionales. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):373-85.

El objetivo de este estudio fue comprender las motivaciones para el desarrollo y el mantenimiento de acciones grupales en la Atención Básica en la percepción de usuarios y profesionales. Se trató de una encuesta descriptiva con metodología cualitativa desarrollada en una Unidad de Salud con Estrategia de Agentes Comunitarios de Salud de un municipio del Sur de Brasil. Participaron 15 usuarios y cinco profesionales, siendo la muestra intencional por conveniencia y saturación. Los datos se colectaron por medio de entrevista narrativa, semi-estructurada individual y se analizaron por medio del análisis de contenido. Las categorías que denotaron las motivaciones de los sujetos incluyeron las relaciones interpersonales, la construcción de saberes y el cuidado integral. Los resultados encontrados retrataron la importancia del trabajo grupal en la Atención Básica para la promoción de la salud, una vez que presentaron impacto positivo sobre las condiciones clínicas, sociales y afectivas de los sujetos.

Palabras clave: Atención primaria de la salud. Procesos grupales. Motivación.

Submetido em 04/11/16. Aprovado 13/04/17.

A satisfação do usuário com a atenção primária à saúde: uma análise do acesso e acolhimento

Mariana Figueiredo Souza Gomide^(a)
Ione Carvalho Pinto^(b)
Alexandre Fávero Bulgarelli^(c)
Alba Lúcia Pinheiro dos Santos^(d)
Maria del Pilar Serrano Gallardo^(e)

Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):387-98.

This study aimed to analyze user satisfaction with access and care in Primary Health Care (PHC) based on non-urgent demand for emergency services. 28 non-urgent users of emergency services were intentionally interviewed across five health districts in the city of Ribeirão Preto in São Paulo State. These users had been treated in PHC at least once in the previous six months prior to data collection aimed at evaluating the services. Content analysis was used to analyze the interviews. The results showed there to be satisfaction with care received from health professionals in PHC and dissatisfaction with delays in arranging an appointment and with difficulty to receive care based on spontaneous demand. There was found to be no difference in the levels of satisfaction between the users from different health districts. The article concludes that obstacles to access to PHC services represent a barrier for populations wishing to receive care, with repercussions in terms of user satisfaction and high demand for emergency care.

Key words: Primary health care. Patient satisfaction. Health services accessibility.

Objetivou-se compreender a satisfação dos usuários com acesso e acolhimento da Atenção Primária à Saúde (APS) a partir da demanda não urgente do Pronto Atendimento (PA). Entrevistaram-se intencionalmente 28 usuários não urgentes dos PA dos cinco Distritos de Saúde (DS) de Ribeirão Preto-SP que passaram em atendimento na APS ao menos uma vez nos seis meses que antecederam a coleta de dados para avaliar o atendimento. Analisaram-se as entrevistas semidirigidas pela técnica de análise de conteúdo. Identificou-se satisfação com o atendimento recebido pelos profissionais de saúde na APS e insatisfação com a demora no agendamento de consultas e dificuldade de acolhimento por demanda espontânea. Não foram observadas divergências da satisfação do usuário nos diferentes DS. Conclui-se que os obstáculos com o acesso aos serviços de APS constituem entrave para população obter atendimento, repercutindo na satisfação e alta demanda pelo PA.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Satisfação do usuário. Acesso aos serviços de saúde.

^(a) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14040-902. mariana.souza@usp.br

^(b) Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública, EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ionecarv@eerp.usp.br

^(c) Faculdade de Odontologia, Universidade do Rio Grande do Sul (FO-UFRGS). Rio Grande do Sul, RS, Brasil. alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

^(d) Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, BA, Brasil. albapinheiro@usp.br

^(e) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Madrid, Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, Espanha. pilar.serrano@uam.es

Introdução

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Constituição Federal, obteve-se o reconhecimento da saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios organizativos, entre eles, a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência¹.

Para a garantia de acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços a esses diferentes níveis, foram criadas redes de atenção à saúde que se constituem em arranjos organizacionais de conjuntos de serviços de saúde articulados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que possibilita ofertar uma atenção contínua e integral à população, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS)². Contudo, essa organização da assistência exige mudanças profundas que permitam superar o sistema fragmentado de atenção que não garante a sua continuidade, uma vez que há foco nas condições agudas, por meio das unidades de Pronto Atendimento (PA)².

Essas unidades de atendimento às urgências e emergências também foram definidas como porta de entrada ao atendimento inicial à saúde do usuário no SUS³. No entanto, a garantia da legislação brasileira foi apenas mais uma etapa alcançada na construção do SUS, pois, para se concretizar o direito à saúde, é necessária a mudança do modelo social. Sendo assim, na prática, o acesso ainda é seletivo, focalizado e excludente⁴. Nessa perspectiva, mesmo sendo consideradas mais uma porta de entrada para o sistema, as unidades de PA tratam especificamente a queixa principal que leva o usuário ao serviço de saúde⁵.

É pressuposto que as necessidades de saúde desses usuários não estejam sendo ouvidas nos serviços de APS e, por isso, a procura frequente ao PA. Ademais, os usuários buscam nos serviços de saúde algo ou alguma ação dos profissionais de saúde que resolva, ou pelo menos minimize, o problema que o levou a procurar aquele serviço. Assim, compreende-se que, se há falha na porta de entrada, a atenção necessária é adiada⁶.

As necessidades de saúde estão relacionadas à produção e reprodução social e à acessibilidade às ações de saúde. O cuidado em saúde precisa ser planejado, considerando as demandas e os serviços de saúde que devem estar dispostos para tratar tais necessidades, compreendendo seus significados e os sujeitos implicados no processo de produção e consumo à saúde⁷.

Nesta lógica, compreende-se humanização como a corresponsabilização na produção de saúde dos sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários, identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, com enfoque nas necessidades dos usuários, além do compromisso para melhoria das condições de trabalho e prestação do cuidado⁸.

Nesse contexto, a satisfação do usuário representa um potente indicador de resultado para avaliação dos serviços de saúde, considerando ser fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento a eles prestado para repensar as práticas profissionais e sobre a forma de organização dos serviços⁹.

A satisfação do usuário apresenta-se em um cenário de polissemia conceitual e escassa teorização, sendo que estudos têm apontado a diversidade de abordagens teóricas e metodológicas nas investigações de satisfação do usuário em diferentes dimensões^{9,10}.

Assim, pressupõe-se a compreensão de que o acesso pode ser avaliado por indicadores de resultado da passagem do usuário pelo sistema de saúde, entre eles a satisfação dos usuários¹¹, e o acolhimento como uma tecnologia leve que o profissional despende durante o atendimento e que também está relacionada à satisfação do usuário⁵. O acesso refere-se à possibilidade da utilização dos serviços quando necessário⁹. O acolhimento é uma prática presente nas relações de cuidado, nos encontros entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas e nos modos de construção de vínculos, associado à atenção por meio de escuta qualificada, valorizando as queixas dos usuários e identificando necessidades, sejam estas individuais ou coletivas, e funcionando como mecanismo de facilitação do acesso¹². Desse modo, a assistência prestada à população deve satisfazer às necessidades dos usuários na sua singularidade, estabelecendo relações no âmbito emocional, cultural e social.

Apesar do conceito complexo, multidimensional e difícil de ser mensurado, há um consenso para entender a satisfação do usuário a partir das expectativas de quem é cuidado e sobre o que é

importante para eles, sendo definido como o grau de congruência entre a expectativa e a percepção do usuário sobre o cuidado recebido¹³.

Além disso, a diversidade de abordagens sobre acesso demonstra a pluralidade e complexidade do tema, que pode relacionar-se a diferentes dimensões. Nesse sentido, para responder aos objetivos propostos, este estudo está direcionado nas dimensões técnica e simbólica de acesso, uma vez que são discutidas a organização da rede e a acessibilidade dos serviços de saúde⁴.

Estudos que avaliam a satisfação do usuário associados ao acesso e ao acolhimento na APS a partir dos atendimentos de PA ainda são escassos no Brasil, indicando a lacuna do conhecimento. Abordar a satisfação do usuário nessas dimensões implica em trazer a opinião de quem dá características aos serviços. Nesse contexto, não há estudos, na temática da satisfação do usuário, que representem o município estudado em sua totalidade, que possibilitem analisar se há divergências ou convergências entre os Distritos de Saúde (DS) na ótica do usuário.

Entendendo a APS como potência para desenvolver ações de acesso e acolhimento para atender às necessidades do usuário, o presente estudo objetivou compreender a satisfação dos usuários com o acesso e o acolhimento da APS a partir da demanda não urgente dos serviços de PA no município de Ribeirão Preto-SP.

Método

Trata-se de um estudo descritivo com aproximação metodológica qualitativa, fundamentado na perspectiva do usuário. Tal aproximação metodológica trabalha com o universo das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões¹⁴.

O estudo foi realizado nos cinco PAs públicos dos cinco DSs do município de Ribeirão Preto-SP com coleta dos dados ocorrida entre os meses de janeiro e abril de 2014. Os sujeitos participantes constituíram-se em usuários que aguardavam atendimento no PA, após passarem pelo acolhimento realizado pela equipe de enfermagem do serviço e identificados como situações de não urgência ou emergência. Todos os participantes do estudo receberam atendimento na APSs ao menos uma vez nos seis meses que antecederam a coleta de dados para poder avaliar esse atendimento. Desse modo, os casos que despendiam cuidado de urgência ou emergência eram encaminhados pela equipe de enfermagem do PA ao atendimento de urgência ou emergência e, portanto, não compuseram o grupo de sujeitos do estudo.

Além desse critério de inclusão, a amostra foi intencional, com o propósito de selecionar os melhores informantes para a temática deste estudo. Assim, elegeram-se os usuários que, durante o período de coleta de dados, apresentaram-se mais disponíveis ao diálogo para falar de suas experiências nos atendimentos recebidos na APS¹⁵.

Os usuários considerados não urgentes e que são atendidos nos PAs pertencem às áreas adstritas dos cinco DSs do município, que podem procurar o PA por demanda espontânea ou por encaminhamentos provenientes dos serviços de APS. Logo, olhar para as demandas não urgentes do PA significa a possibilidade de compreender o que tem ocorrido na relação do usuário com os serviços prestados nas UBSs e Unidades de Saúde da Família (USFs).

O número de sujeitos entrevistados foi definido por saturação teórica a partir do início da reincidência de informações, sendo considerado suficiente para responder ao objetivo do estudo¹⁴. A pré-análise dos dados levou à interrupção da captação de novos sujeitos, pois se constatou a escassez de novos enunciados. Logo, a coleta de novos dados por meio de novas entrevistas acrescentaria supostamente poucos elementos para discussão em relação à densidade teórica já obtida¹⁶.

Atendendo ao exposto, foram entrevistados 28 sujeitos. As entrevistas foram semidirigidas por meio de um roteiro norteador, que serviu de guia para o desenrolar da interlocução, permitindo a flexibilidade das conversas¹⁴, abordando assuntos relativos ao acesso e acolhimento na APS, à satisfação do usuário em relação aos atendimentos na APS, à resolução do problema apresentado, o motivo da procura pelo PA e à integralidade da atenção à saúde. O roteiro continha perguntas norteadoras como "Como o senhor(a) avalia a facilidade de chegar no posto de saúde e ser

atendido?” e “Como o senhor(a) avalia a forma como os profissionais de saúde te atendem?” Tais entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas por meio de análise de conteúdo, modalidade temática¹⁷.

Utilizou-se tal método para análise das falas dos usuários entendendo-se que consiste em uma técnica de investigação que permite a descrição e análise da comunicação verbal para obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens, indicadores que permitissem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e acolhimento destas mensagens¹⁷.

Para esta análise, seguiu-se três etapas: 1- Organização dos dados, considerando os objetivos do estudo por meio de leitura exaustiva e buscando nas falas aspectos de representatividade, homogeneidade e pertinência; 2- Exploração do material empírico, com leitura exaustiva dos registros e separação do *corpus* de análise, identificando convergências e divergências; e 3- Classificação e construção de categorias temáticas¹⁴.

O conteúdo das falas emergiu em duas categorias temáticas: 1- Atenção à saúde na APS e as fragilidades na obtenção do cuidado” e 2- Satisfação com o cuidado como potencialidades da APS. A identificação dos entrevistados foi feita pela letra “U”, de “usuário”, seguida pelo número da entrevista.

Foram entrevistados seis usuários de três DSs e cinco de dois DSs, totalizando 28 usuários que responderam às entrevistas semidirigidas. Destes usuários, 22 eram do sexo feminino e seis do sexo masculino. A média de idade dos entrevistados foi de 41 anos e mediana de 39 anos, com idade mínima de 22 anos e idade máxima de 79 anos. No que diz respeito à escolaridade dos entrevistados, tem-se que 11 usuários tinham até o ensino médio completo, oito tinham o ensino fundamental completo, sete tinham o ensino elementar completo e dois usuários tinham o ensino superior.

Seguiram-se as normas do Comitê de Ética da EERP-USP. Após aceitação, por livre vontade, em participar da pesquisa, foi solicitado aos participantes que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme estabelece a Resolução 466/12.

Resultados e discussão

Os resultados são apresentados seguindo uma retórica inicial, de contextualização dos sujeitos participantes, para posterior aprofundamento analítico na discussão, com referenciais teóricos sobre acolhimento e acesso aos serviços de saúde em suas diversas dimensões no SUS. Neste processo, as falas são apresentadas em congruência com os referenciais e inferências, expondo-se de maneira discursiva para estruturação do caminho compreensivo da análise.

Atenção à saúde na APS e as fragilidades na obtenção do cuidado

A fragilidade para obtenção do cuidado é reflexo de um conjunto de percepções relatadas pelos usuários que convergem para integralidade das práticas e dos diferentes serviços. A integralidade faz com que o usuário seja acolhido e possa acessar o serviço em todos os níveis de complexidade de suas instâncias. Desse modo, aponta-se para a importância na gestão da qualidade da porta de entrada para o serviço¹⁸. Assim, o presente estudo discute que essa qualidade se associa a diversas questões, como morosidade no atendimento e no agendamento de consultas, não atendimento à demanda espontânea e baixa tecnologia no atendimento.

Esperar pelo atendimento é algo cotidiano na caminhada do usuário pelo atendimento em saúde no Brasil. A longa espera pelo atendimento de consultas na APS foi com frequência relatada pelos usuários como motivo de insatisfação. Esperar para ser atendido, além de gerar insatisfação, faz com que o usuário se sinta lesado em relação ao direito de acesso à saúde¹⁹.

Você marca o médico, por exemplo, o Dr Z, ele é um bom médico, só que você marca três e meia e sai daí seis horas... ele é um ótimo médico, mas precisa agilizar nas consultas [...]. (U14)

Precisa melhorar primeiro a atenção que não está suficiente, a espera é muito grande, a gente fica muito tempo esperando para ser atendido para consulta [...] têm vezes que demora porque tem muita gente para atender também. [...] A gente chega a ficar três, quatro horas ou mais para ser atendido. (U18)

Outro fator percebido pelo usuário foi a demora no agendamento de consultas na APS. O usuário compreende a micropolítica da gestão do agendamento da unidade em que é atendido; porém, reconhecendo a morosidade desse processo, acaba procurando outro serviço. A compreensão do usuário sobre o fluxo da rede pública e tempo de espera para atendimento também é encontrado na literatura¹⁹. A APS como coordenadora da rede de atenção à saúde deveria superar situações como as apresentada nas falas.

[...] É um posto bom, o que está faltando mais é consulta porque você não consegue marcar. Eles dividiram agora os atendimentos para a UBS, mas se você tentar marcar uma consulta lá demora meses [...] então se você tiver que morrer você morre, porque até você achar um encaixe você já morreu porque é muita gente e não têm condições. (U5)

Lá demora três meses para você conseguir agendar uma consulta com o médico. E às vezes você não consegue. Eles falam: "Olha a consulta vai abrir dia tal", você liga e aí já não tem mais. Aí você tem que esperar mais três meses para conseguir de novo. (U10)

Os usuários relatam, também, em situações do não atendimento à demanda espontânea, que os próprios profissionais da APS orientaram procurar o PA. O não atendimento aos usuários que procuram a APS vai contra os princípios do SUS, que pregam o acolhimento no nível primário como importante estratégia de reorganização do modelo assistencial²⁰. Isso gera percepções negativas com a APS e aponta necessidade de melhorias na gestão dos serviços e investimentos no preparo dos profissionais e no acesso às consultas. As orientações para o atendimento baseado em classificação de risco nas unidades de urgência e emergência devem ser esclarecidas aos usuários antes que eles sejam encaminhados para tal serviço. A classificação de riscos é uma forma de gestão municipal de fluxos que deve iniciar na APS²¹.

Quando eu vou lá (APS) tem que esperar encaixe, então eu prefiro vir no PA. Porque aqui eles já fazem sua ficha e na hora já sai, depois passa pela sala você vai falar o que você tem e espera uma hora, o que é uma hora ou duas horas? Eu prefiro mais passar aqui do que no posto. (U6)

Falam que não tem médico e mandam para cá [PA] [...] quando eles [profissionais da APS] atendem, eles atendem bem. Mas eles têm uma regra que não pode passar do número de pacientes por dia para eles atenderem. Mas quando eles atendem, eles atendem bem. (U22)

Porque era um encaixe porque eu estava passando muito mal e ela [profissional da UBS] falou que não dava para encaixar após uma hora da tarde. Ai eu tive que vir para o PA. (U27)

Além das questões mais técnicas da gestão de fluxos e acesso ao serviço que se busca, o presente estudo aponta percepções que destacaram a importância do cuidado humanizado para o atendimento. Em casos em que este não ocorre, o acolhimento e o estabelecimento de vínculo com o profissional e unidade de saúde ficam prejudicados. Há relatos em que a ausência do exame físico durante o atendimento médico também foi percebida como fragilidade do cuidado na APS.

A primeira médica que me atendeu, ela não me colocou a mão, não me olhou no rosto [...] na recepção parece que são pessoas não humanizadas, robotizadas... (U2)

[...] a médica que tinha lá [APS] quando foi embora o povo até chorou. Era uma excelente médica. [...] Teria que ter outra médica assim, não esses médicos malcriados que você chega lá e ficam xingando a gente. (U5)

O médico que atende na parte da manhã conversa com o paciente, deixa o paciente à vontade. Já o que o vem depois dele entra e sai da sala, atende rápido, você senta e levanta e eles nem sabem direito o que você tem. (U16)

Outra fragilidade na atenção à saúde na APS na opinião dos usuários foi a baixa densidade tecnológica na prestação do cuidado, que, apesar de ser pressuposto da APS² em muitos modelos de atendimento ao usuário, neste estudo foi motivo de insatisfação com os atendimentos, o que pode indicar não somente o desconhecimento deste modelo de atenção pelo usuário, mas também o despreparo do profissional frente à práxis do acolhimento.

Os médicos não pedem o exame que você quer, não te encaminham para o lugar certo que você está precisando mesmo. Então ultimamente eu estou pagando particular minhas consultas [...] Eu acho que lá [UBS] deveria ter mais exames, fazer tudo lá mesmo, não encaminhar a gente para fora. (U9)

Eu sei que não é fácil, é muita gente, mas às vezes sei lá, às vezes chega numa situação que muitas vezes a gente é atendido, mas não tem muitas vezes uma resposta, uma solução porque aquele profissional não procura fazer uma análise, examinar direitinho. Só fazem uma pergunta e passam logo a receita. Então o atendimento precisa ser melhorado em muita coisa. (U18)

As fragilidades discutidas mostram que o usuário se sente perdido, na rede assistencial estudada, e sem respostas sobre o cuidado do qual necessita, que poderiam ser dadas pelo próprio profissional ou de maneira resolutiva pela gestão do município.

Satisfação com o cuidado como potencialidades da APS

Contrapondo as fragilidades na APS, houve exemplos de depoimentos de alguns usuários, demonstrando satisfação com o atendimento recebido, com o acolhimento durante toda a permanência na unidade de saúde, com a abertura para o diálogo e a atenção dispensada pelos profissionais de saúde na APS, sendo estes também achados de outros estudos^{22,23}, o que reforça a vinculação do relacionamento profissional e usuário com a qualidade do atendimento.

Eu chego no posto de saúde, as enfermeiras e os médicos dão atenção, são educados [...] só da gente chegar no posto de saúde, o médico e a enfermeira darem atenção e tratar o paciente com cortesia e não ser mal-educado já é uma coisa que... e orientar bem o que tem que fazer. (U3)

Ah, as enfermeiras, elas conversam com as pessoas, os médicos também. Não são aqueles médicos que você entra na sala e só te olham. O diálogo é bom. (U19)

[O atendimento] é ótimo, cada vez mais eu fico surpresa [...] porque eles te dão toda liberdade de você falar o que você tem, o que você sente, se você tiver vontade de chorar perto deles você chora, eles conversam muito com o paciente... (U7)

Na percepção de muitos usuários, verificou-se a consciência de que o PA presta atendimento pontual, e não resolutivo aos problemas de saúde.

Aqui [PA] já não são muito bons não, eles nem colocam a mão na gente e já anota o que você tem que tomar e manda você embora. Lá [APS] eles te examinam, vê certo o que você tem, eu acho melhor ir lá do que aqui [...] Lá [APS] já é marcado, fazem um *check-up* de tudo, examina. Aqui [PA] não, só passam remédio, não pedem exames, você vai embora e continua ruim do mesmo jeito. (U1)

No PA eles não olham para você. É como eu te falei, não examinam, não procuram saber qual é o problema que o paciente tem, né? Eu não procuro vir em situações graves, mas o que eu vejo do atendimento das outras pessoas é muito péssimo [...] É muito rápido e sem muito detalhe no atendimento. (U12)

O médico do pronto atendimento, ele é só pronto atendimento. Ele só resolve o seu problema ali. Agora se precisar além, eu acho que vai ter complicação. (U24)

A figura do médico, bem como sua assiduidade de cumprimento de carga horária na unidade de saúde, esteve relacionada também à satisfação com o atendimento na APS devido à agilidade para conseguir marcar consulta. Assim, também sua ausência é vista como importante barreira para obtenção da referida satisfação, assim como apresentado em outro estudo¹⁸.

Está faltando atendimento de clínica médica no posto de saúde. Aí eu vim para trocar a receita da Dr^a X, mas ela não trabalha mais lá [USF] e até hoje eles não mandaram outro clínico para nós, então está em falta. E eu vim para o PA para atendimento de clínico geral, vamos ver se eu consigo. [...] o que poderia melhorar é se tivesse mais médicos lá pra gente, porque é muita gente e a gente necessita de mais médicos. (U5)

Eles chegam tarde e vão embora cedo, sempre estão de férias e tem um número menor de pacientes, eu sei porque eu escuto os comentários, e aí sobrecarrega os outros médicos que estão lá pra atender [...] e aí a gente é obrigado a sair de lá e correr pra cá [PA]. (U16)

Quando perguntado aos usuários o significado de satisfação em um atendimento, muitos relacionaram à resolução de problemas. Desse modo, a resolutividade foi entendida como sinônimo de satisfação com o cuidado na APS.

Eu acho que tem que resolver os meus problemas, achava que teria que ter o atendimento que a pessoa merece, se você está precisando teria que fazer logo o exame de sangue, teria que fazer o toque, teria que resolver nossos problemas. (U8)

[Satisfeito é] saber a resolução da minha dor. [Risos] Tô há quase um mês com essa dor e eu não consigo passar com quem eu tenho para passar e encaixar para me afastar. (U23)

[Satisfeito é] resolver o seu problema. Se é exames, se é encaminhamento. Eu acho que para uma pessoa sair insatisfeita não é a demora, porque em todo lugar todo mundo tem a ordem de chegada. Eu acredito que é resolver aquilo que você está passando. (U24)

Observa-se que a demora no agendamento e atendimento de consultas na APS foi uma constante entre as falas dos usuários. Essa problemática é tema em pesquisas em diferentes países e mostra-se como uma realidade na atualidade dos serviços de atenção primária^{5,24}.

O não atendimento da demanda espontânea constitui outro fator que exemplifica a insatisfação dos usuários com a APS. Ademais, os usuários entrevistados pontuaram que perderam os dias em que “abriu-se a agenda” da unidade para marcação de consultas, dificultando mais ainda a garantia do atendimento médico.

As diferenças acentuadas entre a oferta real e demanda por cuidado são identificadas por meio de barreiras na acessibilidade dos usuários na busca de atenção à saúde²².

A humanização do cuidado repercutiu para a qualidade da atenção à saúde e teve destaque nas falas. Quando o usuário não se sentiu acolhido e ouvido, conseqüentemente, avaliou mal o cuidado recebido. Isso demonstra a importância de um cuidado solidário refletindo em satisfação com o serviço. Portanto, tal cuidado precisa estar presente nos serviços de APS⁸.

Nesta perspectiva, dispender atenção e valorizar o processo de escuta na prestação do cuidado são questões que provocam satisfação do usuário que é cuidado, resultando em diferenças positivas nas ações de saúde¹². Além disso, a ausência do exame físico durante o atendimento também influenciou negativamente a relação profissional e usuário.

Tais fragilidades elucidadas podem representar grande relevância para a população de Ribeirão Preto-SP procurar regularmente o PA. Vale ressaltar que o município, mesmo com tal fragilidade percebida pelo usuário, busca efetivar suas cinco regiões de saúde, adequando suas portas de entrada por meio da APS, seguindo a premissa do Decreto 7.508 de 2011³. Deste modo, o município segue a compreensão de que a APS, juntamente com as entradas de urgência e emergência, necessita ser potencializada e qualificada para melhorias no processo de acesso e acolhimento do usuário.

Os serviços de PA, apesar de constituírem-se em locais superlotados, impessoais e atuando sobre a queixa principal, são serviços que reúnem um leque de recursos como consultas, medicamentos, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e regulação para internações hospitalares, que facilitam o acesso do usuário e a resolutividade de suas necessidades^{3,5}.

O desenvolvimento da ciência e o avanço das tecnologias que vieram com o propósito de melhorar a assistência trouxeram consigo a instrumentalização e a medicalização à saúde²⁵. Logo, os usuários avaliaram melhor o profissional que trabalha na lógica da medicalização da saúde, seja por meio da utilização de equipamentos para exame e diagnóstico ou por prescrição de fármacos, para a prestação do cuidado.

Em décadas anteriores, boa parte das ações em saúde era exercida com maior dificuldade devido ao pouco desenvolvimento técnico e tecnológico da ciência. Entretanto, comparando-se ao período atual, tem-se que o avanço tecnológico e científico resultou no endurecimento das relações entre profissionais e usuários²⁵.

Em contrapartida, no que diz respeito às potencialidades da APS, foram identificados nas falas alguns exemplos que apontam satisfação com o atendimento, uma vez que avaliaram positivamente o acolhimento, a atenção e o diálogo que tiveram com os profissionais da APS, apesar de muitas vezes enfrentarem demora no agendamento e no atendimento, bem como outros obstáculos para a atenção à saúde.

Compreende-se que o êxito em um encontro terapêutico está no privilégio da dimensão dialógica, ou seja, no interesse em ouvir²⁶. É preciso tornar possível ao profissional de saúde a escuta qualificada. Assim, é na interação entre usuários e serviços de saúde, em todos os encontros em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, de dar acolhimento e potencializar o diálogo. Portanto, estar aberto ao processo de escuta e conversa repercute direta e de forma positiva na satisfação do usuário com o cuidado prestado.

Ademais, a figura do médico, na visão dos usuários, ainda se constitui em um facilitador para conseguir atendimento na APS. Neste sentido, uma das sugestões mais apontadas pelos usuários foi a contratação de mais médicos para atender.

Esses dados ilustram a magnitude que esta categoria profissional tem dentro de um serviço de saúde e que, se o profissional médico não está disponível para atendimento, nenhum outro membro da equipe é identificado pelos usuários para dar a eles respostas que necessitam de cuidado à sua saúde, conforme observado em estudo anterior⁹.

Assim, entende-se que a assistência, procurada pelo usuário, para atender suas necessidades está fortemente centrada no modelo biomédico, o qual até os anos oitenta foi reconhecido pelos serviços de saúde para promover o alívio da dor e tratamento de diversas doenças. No entanto, na atualidade constitui-se em modelo de atenção limitado, considerando a ênfase nas ações curativas, medicalização, atenção hospitalar com alta densidade tecnológica e pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença e distanciamento da vivência dos sujeitos e seus aspectos multidimensionais²⁷.

Partindo dessas interpretações, pode-se compreender que os profissionais não médicos, na tentativa de responder às demandas dos usuários quando constatavam a impossibilidade do atendimento médico na APS, davam orientações para procurarem o PA.

A relação da satisfação dos usuários com a APS, quando estes conseguem atendimento médico, aponta que os serviços médicos ainda são os mais importantes preditores para a satisfação com uma dada unidade de saúde, em conformidade com outro estudo²³.

Nessa lógica, na visão dos usuários, a divisão social do trabalho ainda encontra-se correspondente à divisão técnica de atividades, ocorrendo tanto a divisão de tarefas como de responsabilidades²⁸. Logo, o cuidado em saúde não faz-se de forma compartilhada e corresponsabilizada, e isso repercute na fragmentação do cuidado. Desse modo, em um serviço de saúde, aparentemente, somente o profissional médico torna-se responsável por aquele usuário que busca atendimento à sua saúde. O restante da equipe, apesar de pertencer ao grupo de profissionais da saúde, não participa desta responsabilização coletiva no trabalho em saúde.

A satisfação do usuário com a APS foi correlacionada com a resolução dos seus problemas de saúde em concordância com outro estudo²⁹. Portanto, quando o usuário percebe que suas necessidades não foram atendidas, avalia mal o atendimento. Por outro lado, os usuários se mostraram conscientes de que o PA presta atendimento pontual e diversas vezes não resolutivo. Nesse sentido, a APS é valorizada, considerando que os usuários reconhecem que, quando os mesmos profissionais atendem, qualifica-se a atenção recebida³⁰.

Em oposição a esse resultado, também, observou-se que a existência de barreiras para acessar uma fonte regular de cuidado na APS no presente estudo está diretamente vinculada à alta procura pelo PA, em congruência aos achados de outro estudo²³.

Apesar das diversas debilidades nas unidades de APS salientadas pelos usuários, ainda assim indicaram estar satisfeitos com o cuidado ofertado nesses serviços. Diante dessas explicações, pode-se identificar a presença de certo conformismo por parte da população, pois, apesar de todas as fragilidades encontradas, os usuários com frequência apresentaram satisfação com os atendimentos na APS.

Nesse sentido, é importante resgatar o entendimento que se tem de satisfação do usuário como a relação das expectativas e percepções de quem é cuidado e sobre o que representa importância para o usuário^{5,9-11}. Portanto, quando há baixa expectativa dos usuários sobre as ofertas de um serviço de saúde, dificilmente há frustração. Em contrapartida, quando há alta expectativa de um serviço, é mais provável o não atendimento ao que se espera.

Apesar dos DSs apresentarem coberturas ESF em distintas proporções, não se observou divergências de opiniões dos usuários entre os cinco DSs. A avaliação dos usuários sobre os atendimentos na APS parece ser homogênea para as cinco diferentes regiões do município estudado.

Limitações devem ser consideradas no presente estudo. Os achados indicando alta satisfação poderiam ser expressos pelo receio do próprio usuário de perder o direito ao atendimento na APS caso julgue mal o serviço neste nível de atenção à saúde¹⁰. Somando a este fato, tem-se que a baixa escolaridade dos usuários participantes pode ter implicado no conteúdo e na clareza das informações de suas falas.

Além do mais, têm-se como limitação metodológica que este estudo considerou a avaliação em profundidade dos usuários dos serviços ofertados na APS de um município, não podendo ser generalizado para todas realidades de municípios brasileiros.

Considerações finais

A demora no agendamento e atendimento de consultas na APS e o não atendimento da demanda espontânea constituem nos principais fatores para a baixa satisfação dos usuários com a APS. A humanização do cuidado também repercutiu para a qualidade da atenção à saúde. Quando o usuário não se sentiu acolhido e ouvido, e nem ao menos foi submetido ao exame físico, avaliou mal o cuidado recebido.

Em contrapartida, alguns usuários apontaram satisfação com o atendimento, uma vez que avaliaram bem o acolhimento, a atenção e o diálogo que tiveram com os profissionais da APS, apesar dos obstáculos para obtenção da atenção à saúde.

A figura do médico para os usuários ainda constitui em potência para a agilidade em conseguir atendimento na APS. Observou-se, também, uma correlação da satisfação do usuário com a APS e a resolutividade dos problemas de saúde, pois quando o usuário percebeu que suas necessidades não foram atendidas, avaliou mal o atendimento. Além disso, os usuários têm consciência de que o PA não é resolutivo.

Os achados indicam avanços na prestação do cuidado na APS, considerando que os usuários reconhecem a importância desse nível de atenção para a continuidade e integralidade à saúde. Contudo, melhorias são necessárias na organização do agendamento de consultas, além de maior corresponsabilização dos profissionais em facilitar o acesso de forma a acolher todos que procuram atendimento na APS, priorizando aqueles usuários em situações de busca frequente aos serviços de prontidão em situações não urgentes.

Colaboradores

Mariana Figueiredo Souza Gomide participou da construção do projeto de pesquisa, coleta, interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito. Ione Carvalho Pinto auxiliou na construção do projeto de pesquisa, na interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito. Alexandre Fávero Bulgarelli auxiliou na interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito. Alba Lúcia Pinheiro dos Santos e Maria del Pilar Serrano Gallardo auxiliaram na construção do projeto de pesquisa, na interpretação e análise dos dados e redação do manuscrito.

Referências

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-305.
3. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF; 2011.
4. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):2865-75.

5. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma unidade de pronto atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(n. esp 2):19-25.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
7. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(1):19-25.
8. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília; 2004. 48 p.
9. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2010; 18(3):436-43.
10. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(3):1267-76.
11. Sanchez RM, Ciconell RM. Concepts of access to health. *Rev Panam Salud Publica.* 2012; 31(3):260-8.
12. Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Aceptación en una unidad básica de salud: enfoque en la satisfacción del usuario. *Rev Salud Publica.* 2010; 12(3):402-13.
13. Oliveira AML, Guirardello EB. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(1):71-7.
14. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(2):388-94.
16. Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores [Internet]. Alberta: Qual Institute Press; 2001 [citado 02 Set 2016]. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
18. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, 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.
19. Quevedo ALA, Rossoni E, Pilotto LM, Pedroso MRO, Pacheco PM. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família. *Rev APS.* 2016; 19(1):47-57.
20. Dias OV, Araujo FF, Oliveira RM, Chagas RB, Costa SM. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade.* 2016; 11(38):1-13.
21. Souza ROA, Machado CV, Noronha MF. Desafios da gestão municipal da atenção básica em saúde no Brasil: um estudo de caso. *Rev APS.* 2015; 18(2):166-75.
22. Gaioso VP, Mishima SM. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família. *Texto-Contexto Enferm.* 2007; 16(4):617-25.
23. Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. *BMC Fam Pract.* 2010; 11-73.
24. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in Emergency Departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes.* 2012; 5:525.

25. Pereira IB. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 147-64.
26. Ayres JRCM. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 127-44.
27. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. Cienc Saude Colet. 2015; 20(6):1869-78.
28. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 29-40.
29. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. Rev Gaucha Enferm. 2011; 32(2):345-51.
30. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in finish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. BMC Fam Pract. 2014; 15:98.

Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS. La satisfacción del usuario con la atención primaria a la salud: un análisis del proceso y de la acogida. Interface (Botucatu). 2018; 22(65):387-98.

El objetivo fue entender la satisfacción de los usuarios con el acceso y la acogida de la Atención Primaria a la Salud (APS) a partir de la demanda no urgente de la Atención Rápida (PA, por sus siglas en portugués). Se entrevistaron de forma intencional 28 usuarios no urgentes de los PA de los cinco Distritos de Salud (DS) de Ribeirão Preto (Estado de São Paulo) que fueron atendidos en la APS al menos una vez en los seis meses anteriores a la colecta de datos para evaluar la atención. Se analizaron las entrevistas semi-dirigidas por la técnica de análisis de contenido. Se identificó la satisfacción con la atención recibida por los profesionales de salud en la APS y la insatisfacción con la demora en la marcación de consultas y la dificultad de acogida por demanda espontánea. No se observaron divergencias de la satisfacción del usuario en los diferentes DS. Se concluye que los obstáculos relacionados al acceso a los servicios de APS constituyen un obstáculo para que la población obtenga atención, repercutiendo en la satisfacción y en alta demanda por el PA.

Palabras clave: Atención primaria a la salud. Satisfacción del usuario. Accesibilidad a los servicios de salud.

Submetido em 29/09/16. Aprovado em 17/03/17.

User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care

Mariana Figueiredo Souza Gomide^(a)

Ione Carvalho Pinto^(b)

Alexandre Fávero Bulgarelli^(c)

Alba Lúcia Pinheiro dos Santos^(d)

Maria del Pilar Serrano Gallardo^(e)

(a) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (EERP-USP). Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Bairro Monte Alegre. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 14040-902. mariana.souza@usp.br

(b) Departamento de Enfermagem MaternoInfantil e Saúde Pública, EERP-USP. Ribeirão Preto, SP, Brasil. ionecarv@eerp.usp.br

(c) Faculdade de Odontologia, Universidade do Rio Grande do Sul (FOUFRGS). Rio Grande do Sul, RS, Brasil. alexandre.bulgarelli@ufrgs.br

(d) Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Santa Cruz. Ilhéus, BA, Brasil. albapinheiro@usp.br

(e) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública Madrid, Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, Espanha. pilar.serrano@uam.es

This study aimed to analyze user satisfaction with access and care in Primary Health Care (PHC) based on non-urgent demand for emergency services. 28 non-urgent users of emergency services were intentionally interviewed across five health districts in the city of Ribeirão Preto in São Paulo State. These users had been treated in PHC at least once in the previous six months prior to data collection aimed at evaluating the services. Content analysis was used to analyze the interviews. The results showed there to be satisfaction with care received from health professionals in PHC and dissatisfaction with delays in arranging an appointment and with difficulty to receive care based on spontaneous demand. There was found to be no difference in the levels of satisfaction between the users from different health districts. The article concludes that obstacles to access to PHC services represent a barrier for populations wishing to receive care, with repercussions in terms of user satisfaction and high demand for emergency care.

Key words: Primary health care. Patient satisfaction. Health services accessibility

Introduction

The Constitution of the Federative Republic of Brazil established the Brazilian Unified Health System (SUS), in which health is recognized as a right that must be ensured by the State and is based on organizational principles, among them, universal access to health services at all levels of care.¹

To ensure universal, equal, and organized access to actions and services at different levels, healthcare networks were created that constitute organizational arrangements of sets of health services coordinated among themselves through common goals and cooperative and interdependent actions that enable the provision of continuous and comprehensive care to the population, coordinated by primary health care (PHC).² However, profound changes must be made in order for this form of care organization to overcome a fragmented healthcare system that does not ensure continuity and is centered on acute conditions, through emergency care units (ECUs).²

Emergency care units are also defined as points of entry to initial health care by SUS users.³ However, the guarantees set forth in Brazilian legislation represent one step among many required to construct the SUS. For the right to health to become a reality, changes must occur in the social model, because in practice, access is still selective, focalized, and exclusionary.⁴ From this perspective, even though they are considered a point of entry to the system, ECUs treat only the main complaints that led users to the health service.⁵

This frequent search for emergency care demonstrates that the health needs of users are not being met by PHC. When users resort to health services, they are looking for something or some action from health professionals that will resolve, or at least minimize, the problem that led them to seek out that service. Thus, it is understood that if a point of entry fails, necessary care is postponed.⁶

Health needs are related to social production and reproduction, and accessibility to health actions. Additionally, health care must be planned, considering existing demand,

and that health services that must be willing to address these needs, understanding their meanings and the subjects involved in the production and consumption of health.⁷

According to this logic, humanization means taking co-responsibility for subjects' health production; establishing solidary bonds; identifying social health needs; changing healthcare models and work process management, focusing on user needs; and committing to the improvement of work conditions and care provision.⁸

User satisfaction represents a powerful outcome indicator to assess health services. Knowing how users assess the care provided is essential to rethinking professional practices and how services are organized.⁹

User satisfaction is a conceptual polysemic field with little in the way of theorization. Extant studies have pointed to the diversity of theoretical and methodological approaches to investigating user satisfaction in different dimensions.⁹⁻¹⁰

Thus, accessibility can be evaluated through outcome indicators of user experience with the health system, among them, user satisfaction¹¹. Embracement is defined as a type of soft technology that professionals employ during care provision, which is also related to user satisfaction.⁵ Access refers to the possibility of using services when necessary.⁹ Embracement is a practice that exists in care relationships, in the encounter between health workers and users, in the act of welcoming and listening to people. It implies building bonds, in association with attentiveness through trained listening, recognizing user complaints and identifying needs, whether individual or collective, and functioning as a mechanism to facilitate accessibility.¹² Thus, the health care provided to the population must meet the needs of users in their singularity, establishing relationships that take into account emotional, cultural, and social dimensions.

Even though user satisfaction is a complex and multidimensional concept that is difficult to measure, there is consensus that it is based on the expectations of those receiving care and what is important to them, defined as the level of congruence between expectations and user perceptions about the care received.¹³

Furthermore, the diversity of approaches to the concept of accessibility demonstrates the plurality and complexity of the theme, which can be related to different dimensions. To achieve the proposed objectives, the present study focused on the technical and symbolic dimensions of access, given that it addresses network organization and accessibility of health services.⁴

Studies that assess user satisfaction as it relates to accessibility and embracement in PHC conducted with users in ECUs are still scarce in Brazil, indicating a gap in knowledge. Addressing user satisfaction in these dimensions implies considering the opinions of those who characterize the services. In this context, there are no studies of user satisfaction that represent the studied municipality in its totality and that enable the analysis of divergence or convergence between health districts according to user perceptions.

Based on the understanding of the potential of PHC to develop accessibility and embracement actions to meet the needs of users, the aim of the present study was to understand user satisfaction with accessibility and embracement in PHC, conducted with non-emergency users in ECUs in the municipality of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil.

Method

This was a qualitative descriptive study, based on the perspective of health service users. This methodological approach works in the realm of relationships, representations, beliefs, perceptions, and opinions.¹⁴

Data collection was conducted at the five public ECUs of the five health districts in the municipality of Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil, between January and April 2014. The participants were users waiting to receive care at ECUs after being screened by the nursing team and identified as non-emergency or emergency cases. All the participants had received health care at PHC units at least once in the six months prior to data collection and were capable of assessing the service. Cases that required urgent or emergency care

were referred by ECU nursing teams to immediate care, and therefore were not included in the study.

In addition to these inclusion criteria, the sample was intentional. The researchers selected individuals who could be the best informants on the topic of this study. Thus, users were chosen who were open to dialogue and talking about their experiences with care received at PHC units during the data collection period.¹⁵

Non-emergency users assisted at ECUs reside in the areas covered by the municipality's five health districts, and can seek out ECUs spontaneously or through referrals from PHC services. Thus, focusing on the non-emergency cases at ECU services helps to understand the relationship between users and the services provided in PHC and family health units (FHU).

The number of subjects interviewed was defined by theoretical saturation, which is when information begins to repeat itself and is thus considered sufficient to achieve research aims.¹⁴ Data pre-analysis led to the interruption of interviews at the point when no new themes emerged. In other words, continuing the interview process would supposedly add no new elements to the discussion about the topic of study in relation to the theoretical density already obtained.¹⁶

Considering the above, 28 subjects were interviewed. The interviews were semi-structured, guided by a script to help develop the conversation, allowing flexibility.¹⁴ Topics relative to accessibility and embracement in PHC, user satisfaction with PHC services, problem-solving capability, reasons for seeking care in ECUs, and comprehensiveness of health care were addressed. The script contained guiding questions such as: How easy was it for you to reach the health unit and receive care? How do you assess the care provided by the health professionals? The interviews were recorded, transcribed, and analyzed using thematic content analysis.¹⁷

Content analysis was used to analyze the participants' speech because it is a research technique that enables the description and analysis of verbal communication. Through systematic and objective procedures to describe messages, indicators emerge

that allow researchers to infer knowledge relative to the conditions behind the production and reception of messages.¹⁷

Analysis consisted of three phases: 1) data organization, considering the objectives of the study, conducting a thorough reading of the interviews in search of elements of representativeness, homogeneity and relevance; 2) exploration of empirical material by thoroughly reading the transcriptions, separating the corpus of analysis, and identifying convergences and divergences; and 3) classifying and constructing thematic categories.¹⁴

Content analysis of the interviews resulted in two thematic categories: 1) “health care in PHC and weak points in obtaining care” and 2) “satisfaction with care as strong points of PHC.” Participants were identified with the letter “U” for user, followed by the number of the interview.

Twenty-eight users were interviewed: 6 users were selected in 3 health districts, and 5 in 2 health districts. Of these, 22 were women and 6 were men. The mean age of the sample was 41 years, with a median of 39, minimum of 22 and maximum of 79. Regarding education level, 11 users had completed secondary education, 8 had completed elementary education, and 2 had a university education.

The study protocol abided by the norms of the Research Ethics Committee of EERP-USP, approved under protocol 12678013.9.0000.5393. After participants agreed to voluntarily participate, they were asked to sign a free and informed consent form, as established in Resolution 466/12 of the Brazilian National Health Council.

Results and Discussion

The results are presented according to an initial rhetoric, contextualizing the participants, and are then submitted to an in-depth analysis in the discussion, using the theoretical framework of embracement and accessibility to health services at the various SUS levels. Throughout this process, excerpts that converge with the framework and inferences are presented discursively to structure a comprehensive trajectory of analysis.

Health care in PHC and weak points in obtaining care

The category “weak points in obtaining care” reflects a set of perceptions reported by users that converge into the comprehensiveness of practices and different services. Comprehensiveness results in users being embraced and able to access services at all levels of complexity. Thus, the quality of points of entry is an important part of quality management.¹⁸ The present study discusses how quality is associated with various issues, such as long wait times in units and when scheduling appointments, refusal to receive spontaneous demands, and low care technology.

Waiting for care is a routine part of users seeking health care in Brazil. Long wait times for appointments in PHC was frequently reported by users as a reason for dissatisfaction. Having to wait to be seen by a professional, in addition to dissatisfaction, led to users feeling deprived of their right to access health.¹⁹

You have an appointment with a doctor, for example, Dr. Z; he’s a good doctor, except that the appointment is scheduled for 3:30 and you get done at 6:00...he’s a great doctor, but he needs to be quicker with his appointments [...]
(U14)

First, care needs to be improved; wait time is too long, we wait a long time for an appointment [...] sometimes it takes so long because there are many people in line. [...] Sometimes it takes three, four hours or more for our turn (U18).

Another factor perceived by users was long wait times to schedule appointments at the PHC. Users showed understanding of the micro-politics of schedule management in their units; they were aware of the slowness of the process and ended up seeking other services. The perceptions of the participants about patient flow and wait times for outpatient care in the public system has also been documented by the literature.¹⁹ As the

coordinating entity of the healthcare network, PHC needs to overcome the situations reported in the interviews.

[...] It's a good unit, but the appointments are no good, because you can't schedule one. Now they share appointments with the primary health care unit, but if we try to schedule an appointment there, it takes months [...] So if we have to die, we die, because before we can find an opening we've died already, because there are too many people and not enough resources. (U5)

It takes three months for you to get an appointment with a doctor. And sometimes you don't. They tell you "scheduling will begin on such and such day," so you call them on that day and there are no more openings. Then you have to wait another three months to get an appointment (U10).

The users also reported situations in which care is not provided for spontaneous demands and PHC professionals instruct them to seek out ECUs. Not providing care to users who seek out PHC goes against SUS principles, which establish embracement at the primary level as an important strategy for reorganizing the healthcare model.²⁰ This leaves users with a negative impression of PHC and points to the need to improve service management and invest in professional training and access to appointments. Users should receive clarification about how emergency care is based on risk classification before being referred to those services. Risk classification is one form of managing municipal patient flow that must begin at the PHC level.²¹

When I go there (PHC), I have to wait for an opening, so I prefer to come to the ECU. Here they make a chart for you and it's ready right away, then you go in the room and tell them what's wrong and then you wait an hour; what's an hour or two? I'd rather come here than to the PHC unit (U6).

They tell us that the doctors are not in and send us here (ECU) [...] When we actually get appointments with them (PHC professionals), the service is good. But they have a rule about not surpassing a given number of patients per day. But when they do see us, the service is good (U22).

I needed a same-day appointment because I was feeling very sick and she (PHC professional) said that she couldn't make room for me after 1:00. So I had to come to the ECU (U27).

In addition to more technical issues related to patient flow management and access to services, the present study revealed user perceptions that placed emphasis on the importance of providing humanized care. Lack of humanized care is harmful to user embracement and the creation of bonds with professionals and health units. Some users reported that physicians did not conduct physical exams during appointments, which was also perceived as a weak point of PHC services.

The first doctor I saw didn't touch me, he didn't look me in the face [...] in reception they don't seem like human people, they seem robotic... (U2)

The doctor who used to work there (PHC) left, and everyone cried. She was an excellent doctor. [...] We need another doctor like her, not these rude doctors who swear at us when we come in (U5).

The doctor who works in the morning talks to patients, helps them feel at ease. The doctor who comes in after him goes in and out of the room, examines you quickly, you sit down and leave, and they don't really know what's wrong with you (U16).

Another weak point of PHC services indicated by the participants was the low technological density of care; although this is not a principle of PHC² in many models of

user care, it was a reason for dissatisfaction in this study. This may be an indication, not only of users' lack of knowledge about this modality of care, but also of professionals who are unprepared to practice embracement.

The doctors don't request the tests you want, they don't refer you to the service you actually need. So lately I've been using the private system paying for appointments [...] I think that they (PHC) should provide more tests, everything should be done there instead of referring us somewhere else (U9).

I know it's not easy, there are so many people, but sometimes, I don't know, sometimes it reaches the point that you get an appointment, but then they don't have an answer or a solution because they don't analyze the situation, or conduct a proper examination. They just ask you one question and then give you a prescription. So, care provision needs to improve in many aspects (U18).

The weak points discussed indicate that users felt lost in the studied care network, and were not given solutions regarding needed care. Solutions could be provided by the professionals themselves or more decisively resolved by municipal administration.

Satisfaction with care as a strong point of PHC

In contrast with the weak points of PHC, some respondents expressed satisfaction with the care and embracement received throughout their stay at the health unit. They experienced professionals who were open to dialogue and attentive to their needs, an impression found in other studies^{22, 23}, which reinforces the association between professional-user relationships and quality of care.

When I arrive at the health unit, the nurses and doctors are attentive, polite [...]When we arrive they pay attention to us, they are kind, not rude, this fact

alone is something good...and they give us good guidance about what we need to do (U3).

Ah, the nurses talk with us, the doctors too. They're not those kinds of doctors who just look at you when you enter the room. Dialogue is good (U19).

(Care) is great, every day I am more surprised [...] because they make you feel comfortable to talk about what's the matter, how you're feeling, if you feel like crying around them you can cry, they talk a lot with patients (U7).

According to many users, ECUs provide immediate care and do not present problem-solving capability.

Here (ECU) they're not very kind, they barely touch us and then write up our prescription and send us on your way. There (PHC), they examine us, they check out what you've got properly, I think it's better to go there than here [...] Over there (PHC) appointments are scheduled, they run complete check-ups, examine us. Here (ECU) they don't, they just give us medicine, don't ask for any test, you leave feeling just as sick as you came (U1).

At the ECU they don't look at you. It's like I said, they don't examine you, they don't try to figure out what the patient has got, do they? I try not to come here when I have an emergency, but what I've observed with other people is that the service is terrible [...] It's too quick and they don't go into detail. (U12)

The emergency care doctor deals only with emergencies. He'll solve your immediate problem. If you need anything beyond that, then it's a problem. (U24).

The image of physicians and their attentiveness in complying with their work hours at the health unit were also related to user satisfaction, since this results in agility in

appointment scheduling. Consequently, their absence is understood as a significant barrier to satisfaction, as presented in another study.¹⁸

There's a shortage of clinicians at the health unit. I went there to change Dr. X's prescription but she doesn't work there (FHU) any more, and they still haven't sent another physician to us, so that's missing. I came to the ECU to see a clinician, let's see how it goes. [...] If there were more doctors there for us it would be better, because there are so many people and we need more doctors (U5).

They're always late and they leave early, they're always on vacation and see a low number of patients, I know this because I hear the comments, and that burdens the other doctors who actually come to work [...] Then we have to leave PHC and come here (ECU) (U16).

When asked about the meaning of satisfaction with health care provided, many users associated it with problem-solving capability. Thus, problem-solving capability was understood as synonymous with satisfaction with PHC services.

I think they have to solve my problems, I think they have to provide the care that people deserve, if you need blood work done, they should draw the blood already, they should examine you, they need to solve our problems (U8).

(Satisfaction) is knowing the solution for my pain (laughs). I've been experiencing this pain for almost a month now and I haven't been able to see the person I need to see and get an opening so I can leave (U23).

(Satisfaction) is having your problem solved. Whether its testing or referrals. I think that people leave dissatisfied not because of long wait times, because anywhere you go there's a line. I think it depends on solving your problem (U24).

Long wait times for appointments and when waiting for care in PHC was present in all the interviews. This problem has been researched in different countries and is a current reality in primary healthcare services.^{5, 24}

Not meeting spontaneous demands was another factor that generated dissatisfaction among PHC users. Furthermore, the participants reported missing the days in which appointments could be scheduled, making it even more difficult to obtain medical care. Furthermore, the difference between actual supply and demand for care was identified by participants as a barrier to user access in search of health care.²²

The movement to humanize health care has influenced quality of care and was highlighted in the interviews. When users did not feel welcomed and listened to, the services were rated poorly. This demonstrates the importance of solidary care, which influences satisfaction with the services. This type of care must be developed in PHC services.⁸

In this direction, attentiveness and valuing the listening process when providing care are elements that result in user satisfaction, representing positive differences in health actions.¹² Additionally, lack of physical examinations during appointments negatively impact the professional–user relationship.

These weak points are highly relevant in determining the frequent search for emergency care by the population of Ribeirão Preto. Despite the weak points perceived by users, the municipality strives to implement its five health regions by making PHC services adequate points of entry, in accordance with the principles set forth in Decree 7.508 of 2011.³ Thus, the municipality acts with the understanding that PHC and emergency points of entry need to be improved and qualified to improve user accessibility and embracement.

Even though ECU services were described as overcrowded, impersonal and focused on the main complaint, they provide a variety of resources such as consultations,

medication, nursing procedures, laboratory tests, and hospital admissions, which make it easier for users to access health care and find a solution to their problems.^{3,5}

Scientific development and technological advances have emerged with the purpose of improving care, resulting in the instrumentalization and medicalization of health.²⁵ Thus, users have better assessments of professionals who work within the logic of health medicalization, whether through the use of devices in examinations and diagnostics, or through drug prescriptions.

In previous decades, a significant part of health actions was performed with more difficulty because of low technical and technological development of science. However, compared with the present, it can be said that technological and scientific advances have resulted in more distant relationships between professionals and users.²⁵

In contrast, in terms of the strong points of PHC, the participants reported some examples of satisfaction with the care received. Primary health care professionals were positively assessed, even though users frequently experienced long wait times both to schedule appointments and on the day of appointment, in addition to other barriers to health care.

The success of therapeutic encounters is in the purview of the dialogical dimension, i.e., showing an interest in listening.²⁶ Professionals must be trained to practice quality listening, and in every encounter in which listening is possible, provide users with embracement and encourage dialogue. Thus, being open to listening and to conversation positively and directly impacts user satisfaction with care.

The image of physicians, according to users, was still understood as being a facilitating factor to access PHC services. Thus, some users suggested hiring more physicians.

These data illustrate the importance of this professional category within health services. When physicians are unavailable, no other team members were identified by users as capable of giving them the answers they needed, as observed in a previous study.⁹

Users seek out care that is strongly based on the biomedical model, which up to the 1980s was recognized by health services to promote pain relief and treat various illnesses. However, nowadays it is considered a limited model of care, because it emphasizes curative actions, medicalization, and hospital care with high technological density. The model places little emphasis on analyzing the determinants of the health-illness process and distances itself from the experience of subjects and their multidimensional aspects.²⁷

Based on these interpretations, non-medical professionals attempt to meet the demands of users by referring them to ECUs when physicians are not available.

The dissatisfaction expressed by users when they are not able to meet with physicians indicates that medical services are still the most important predictor of satisfaction with health units, as shown in another study.²³

According to this logic, the social division of labor still corresponds to the technical separation of activities, in which tasks and responsibilities are divided.²⁸ Thus, health care is not shared and co-responsible, resulting in fragmentation. It seems that only medical professionals are responsible for users who seek healthcare services. The rest of the team, despite being health professionals, do not share in the collective responsibility for health work.

User satisfaction with PHC was correlated with problem-solving capacity regarding health issues, in agreement with another study.²⁹ Thus, when users perceive that their needs are not met, the service is rated poorly. On the other hand, users showed awareness that ECUs provide specific care that does not usually solve their problems. In this sense, they recognize the value of PHC, considering that users recognized that when they are able to see a professional, they receive high-quality care.³⁰

In contrast with this result, barriers to access to regular sources of care in PHC were directly associated with high demand for emergency care, corroborating the findings of another study.²³

Despite the various weak points of PHC units highlighted by users, they were still satisfied with the care provided at these services. Their answers expressed a certain level of conformity by the population, because despite the weak points indicated, users frequently expressed satisfaction with PHC services.

In this direction, is important to emphasize the definition of user satisfaction as the relationship between expectations and perceptions of those who receive care and what is important to users.^{5, 9-11} Thus, the lower the expectations about health provision, the less likely there will be frustration. In contrast, the higher the expectations about services, the more likely they will not meet expectations.

Even though the health districts had different levels of family health coverage, there were no differences among the opinions of users, which were seemingly homogenous among the five different regions in the studied municipality.

Some limitations of the present study must be considered. The findings indicating high satisfaction may have been expressed out of the misplaced fear of losing the right to PHC care if assessments were negative.¹⁰ Additionally, the low education levels of the participants may have influenced the content and clarity of their answers.

Furthermore, this study considered an in-depth assessment of users of PHC services provided in only one municipality, representing a methodological limitation. Thus, the results cannot be generalized to all Brazilian municipalities.

Final Considerations

Long wait times, both to schedule appointments and on the day of the appointment for PHC, in addition to not meeting spontaneous demands, constituted the main factors behind user dissatisfaction with PHC. Humanization of care also impacted quality of health care. When users did not feel welcomed and listened to, let alone submitted to physical examinations, the health service was poorly rated by them.

In contrast, some users were satisfied with the service, since embracement, attentiveness, and dialogue with PHC professionals were well-rated, even considering the barriers to obtaining health care.

For users, the image of physicians is still a strong point that determines the agility of scheduling appointments for PHC. Additionally, user satisfaction and problem-solving capacity were positively correlated, because when users perceived that their needs were not met, the service was rated poorly. Furthermore, users were aware that ECUs do not resolve health issues.

The findings indicate progress in PHC provision, because the participants recognized the importance of this level of care in ensuring continuity and comprehensiveness of health care. However, organization of appointment scheduling must be improved, and professionals must take greater co-responsibility in facilitating accessibility and embracement of all who seek care in PHC, giving priority to users who seek out emergency services in non-urgent situations.

Collaborators

Mariana Figueiredo Souza Gomide participated in the construction of the research project, data collection, interpretation, analysis and writing of manuscript. Ione Carvalho Pinto participated in the construction of the research project, interpretation and analysis of data and writing of the manuscript. Alexandre Fávero Bulgarelli participated in the interpretation and analysis of data and writing of manuscript. Alba Lúcia Pinheiro dos Santos and Maria del Pilar Serrano Gallardo participated in the construction of the research project, interpretation and analysis of data and writing of manuscript.

References

1. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BR). Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS; 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cienc Saude Colet. 2010; 15(5):2297-305.
3. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o

planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, DF; 2011.

4. Assis MMA, Jesus WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Cienc Saude Colet*. 2012; 17(11):2865–75. Gomide MFS, Pinto IC, Bulgarelli AF, Santos ALP, Gallardo MPS
5. Gomide MFS, Pinto IC, Figueiredo LA. Acessibilidade e demanda em uma unidade de pronto atendimento: perspectiva do usuário. *Acta Paul Enferm*. 2012; 25(n. esp 2):19–25.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
7. Moraes PA, Bertolozzi MR, Hino P. Percepções sobre necessidades de saúde na atenção básica segundo usuários de um serviço de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(1):19–25.
8. Ministério da Saúde (BR). Acolhimento com avaliação e classificação de risco. Brasília; 2004. 48 p.
9. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(3):436–43.
10. Esperidião MA, Trad LAB. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teóricoconceituais. *Cad Saude Publica*. 2006; 22(3):1267–76.
11. Sanchez RM, Ciconell RM. Concepts of access to health. *Rev Panam Salud Publica*. 2012; 31(3):260–8.
12. Medeiros FA, Souza GCA, Barbosa AAA, Costa ICC. Aceptación en una unidad básica de salud: enfoque en la satisfacción del usuario. *Rev Salud Publica*. 2010; 12(3):402–13.
13. Oliveira AML, Guirardello EB. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev Esc Enferm USP*. 2006; 40(1):71–7.
14. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. 4a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014.
15. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011; 27(2):388–94.
16. Mayan MJ. Una introducción a los métodos cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesores [Internet]. Alberta: Qual Institute Press; 2001 [citado 02 Set 2016]. Disponível em: <http://www.ualberta.ca/~iiqm//pdfs/introduccion.pdf>.
17. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
18. Souza ECF, Vilar RLA, Rocha NSPD, Uchoa AC, 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.

19. Quevedo ALA, Rossoni E, Pilotto LM, Pedroso MRO, Pacheco PM. Direito à saúde, acesso e integralidade: análise a partir de uma unidade saúde da família. *Rev APS*. 2016; 19(1):47–57.
20. Dias OV, Araujo FF, Oliveira RM, Chagas RB, Costa SM. Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016; 11(38):1–13.
21. Souza ROA, Machado CV, Noronha MF. Desafios da gestão municipal da atenção básica em saúde no Brasil: um estudo de caso. *Rev APS*. 2015; 18(2):166–75.
22. Gaioso VP, Mishima SM. Satisfação do usuário na perspectiva da aceitabilidade no cenário da saúde da família. *Texto-Contexto Enferm*. 2007; 16(4):617–25.
23. Danielsen K, Bjertnaes OA, Garratt A, Forland O, Iversen HH, Hunskaar S. The association between demographic factors, user reported experiences and user satisfaction: results from three casualty clinics in Norway. *BMC Fam Pract*. 2010; 11–73.
24. Durand AC, Palazzolo S, Tanti-Hardouin N, Gerbeaux P, Sambuc R, Gentile S. Nonurgent patients in Emergency Departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC Res Notes*. 2012; 5:525.
25. Pereira IB. A educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 147–64.
26. Ayres JRCM. Da necessidade de uma prática reflexiva sobre o cuidado: a hermenêutica como acesso ao sentido das práticas de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 127–44.
27. Fertoni HP, Pires DEP, Biff D, Scherer MDA. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(6):1869–78.
28. Lopes TC, Henriques RLM, Pinheiro R. Trabalho em equipe e responsabilidade coletiva: a potência do espaço público. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc; 2009. p. 29–40.
29. Rosa RB, Pelegrini AHW, Lima MADS. Resolutividade da assistência e satisfação de usuários da estratégia saúde da família. *Rev Gaucha Enferm*. 2011; 32(2):345–51.
30. Raivio R, Jääskeläinen J, Holmberg-Marttila D, Mattila KJ. Decreasing trends in patient satisfaction, accessibility and continuity of care in finish primary health care – a 14-year follow-up questionnaire study. *BMC Fam Pract*. 2014; 15:98.

Translated by Luísa Caliri

From expectation to experience: humanizing childbirth in the Brazilian National Health System

Marília Mendes de Souza Teixeira^(a)
Sara León Spesny Dos Santos^(b)

Teixeira MMS, Santos SLS. Da expectativa à experiência: humanização do parto no Sistema Único de Saúde. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):399-410.

During the past 15 years Brazil has increased efforts to humanize maternal care within the Brazilian National Health System (SUS). Humanization efforts come along with de-medicalization of birth even if quality care and reduction of inequalities are still pressing matters in the country. For this qualitative study we interviewed ten women regarding their experiences of pregnancy and childbirth. The study took place in Brasília (DF) and women narrated their birth experiences at local hospitals or a birth center. Women were mostly satisfied with their attention during childbirth, specifically those giving birth at the birth center, in contrast to women giving birth at local hospitals. However, the humanization movement, essentializing women's bodies can also reproduce normative discourses that shape a sense of self-blame and disappointment if the 'ideal' birth is not achieved.

Keywords: Humanizing delivery. Birthing centers. Natural childbirth. Women's rights. Qualitative research.

Nos últimos 15 anos o Brasil redobrou os esforços para humanizar a atenção ao parto no Sistema Único de Saúde (SUS). Os esforços de humanização focaram na não medicalização do parto, nas desigualdades e na atenção de qualidade, que ainda são desafios reais no país. Neste estudo qualitativo entrevistamos dez mulheres sobre suas experiências de gravidez e parto. O estudo foi feito em Brasília e as mulheres narraram suas experiências de parto em hospitais e centro de parto normal, todos serviços do SUS. As mulheres demonstraram satisfação com a atenção ao parto, mas com diferenças entre as mulheres atendidas no centro de parto normal e nos hospitais. Foi, também, identificado que o movimento de humanização pode essencializar os corpos das mulheres e reproduzir discursos normativos que influenciam sentimentos de culpa e decepção quando o parto 'ideal' não é alcançado.

Palavras-chave: Parto humanizado. Centros de assistência à gravidez e ao parto. Parto normal. Direitos da mulher. Pesquisa qualitativa.

^(a) Unidade Mista de Saúde de Taguatinga, Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Área Especial, St. Central Qsb 1 C 12 Bl N, Taguatinga Sul. Brasília, DF, Brasil. 72010-120. mstmarilia@gmail.com

^(b) Institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux (IRIS), École des Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS). Paris, France. sara.leonspesny@ehess.fr

Introduction

Birth in Brazil: From medicalization to humanization

Eugenia was in her mid-twenties when she realized she was pregnant and actively sought a humanized birth experience. She looked for information from different channels- including a network of women who promoted 'humanized' birth attention in Brasília, the city she lived in. She used a mix of public and private care during her pregnancy, planning to give birth at a public facility but having a private physician in case she needed to have a C-section. Since home birth - her initial desire- was out of her budget, she went to a birth center with a doula, where she had a natural delivery. Eugenia narrated that she felt empowered and active during labor. She also recounted feeling pressured by some of the rather forcefully normative views of the humanized birth movement, within which women are expected to be able to give birth naturally, without interventions or medication, and doing otherwise can represent failure and disappointment. The transition towards motherhood is paved with pressures and fears. Indeed, women navigate through external and internal circumstances that shape their experiences of birth.

Eugenia's experience resonates with those of many women in contemporary Brazil. Even if not all options are equally available to women, and given that dramatic inequalities still persist in developing countries, contemporary childbirth options range from a medicalized birth, for instance a planned C-section, to natural, drug and intervention-free vaginal birth.

Over the last decades, Brazil has consolidated an approach to maternal care largely based on what Robbie Davis-Floyd has called 'the technocratic model of birth'¹. The dominance of this paradigm has resulted in Brazil having one of the world's highest C-section rates, affecting both medical practices and women's desires and expectations. The country faces an 'epidemic' of C-sections, with staggering rates of 40% in public facilities and 84% in the private sector². C-sections have been explained as a 'cultural preference'³ but this argument has been challenged as childbirth attention is "enmeshed in and generated by the day-to-day workings of specific socio-economic and political orders"⁴ (p. 216). Nevertheless, C-sections have become a first choice not only for physicians but also for women themselves⁵. Excessive use of cesarean procedures in Brazil is a strong source of concern for those women who prefer a vaginal delivery. In this sense, Brazil has also strived to implement the international trend to 'humanize' attention "in maternal health systems of all kinds"⁶ (p. 395).

Efforts to humanize childbirth in Brazil started in the late 1970's and gained force through the 1990's^{7,8}. The movement has seen more progress since 2000, with its introduction within the public health system (the Unified Health System, the SUS). Programs have been gradually introduced in the SUS, such as the *Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento* (2000), the *Programa Trabalhando com Parteias Tradicionais* (2000) and afterwards other programs such as *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (2004), the *Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal* (2004), and the *Rede Cegonha* -Stork Network- (2011). Throughout these national networks, birth is managed in different settings: hospitals, and clinics or birth centers (*Centro de Parto Normal*). The main goal of the birth centers is to deliver humanized assistance, centered in women's needs⁹. These centers have emerged as an option of maternal care under the public network (SUS) as part of the program *Rede Cegonha*. But the initiatives to reduce interventions (mainly C-sections) are now present in the private sector, for instance the initiative *Projeto Parto Adequado*¹⁰.

Civil society has also played an important role promoting and expanding ideas regarding humanization of birth, specifically raising awareness against obstetric violence and defending women's rights through associations and local networks. For instance, the *Rede pela Humanização do Parto e Nascimento* (Network for the Humanization of Birth or ReHuNA) established the Agreement on the Definition of Humanization and Humanized Care in the year 2000¹¹. Since then, networks and social movements have expanded in Brazil, initiating public debates and in some cases advocating and impacting local legislation⁵.

Humanization discourse derived from a critique of medicalization, and represents a form of resistance¹². But even if both perspectives have become almost opposite, this polarization has not been

absolute. In fact, the divide between 'natural' and 'biomedical' or technocratic¹³ perspectives have actually given way to less opposing, and more nuanced definitions¹⁴.

The increasing popularization of humanization and its evolving integration within the biomedical system has also raised new questionings regarding normative understandings of the body and reproduction. Indeed, both perspectives might actually reinforce a common understanding of the ability to control reproduction, whether it is by means of biomedical knowledge and technology or midwifery's presumption of women's natural power to reproduce¹⁵. And indeed, the efforts to integrate humanization practices within the public system have changed the landscape of maternal care.

In this article we focus on the experiences of women who sought humanized care and gave birth in a public facility in Brasília, Brazil. It is precisely within the intersection of the public health system and the humanization movement that we place our attention, viewing this intersection as a conceptual space within which women's expectations and ideologies of birth are confronted with the care they receive during pregnancy and birth, and their conceptions of the body and experience come into focus.

Methodology

Qualitative research

This research took place in the Federal District of Brazil, Brasília. We mapped local networks and prenatal associations through the Internet. We contacted the organizers of these networks and they referred us to women who gave birth in public institutions and were willing to participate. Data was thus collected using key informants and networks through snowballing. A group of ten women was selected based on the following criteria: Had their birth at a public facility, were 18 years old or older, and gave birth between July 2012 and July 2013. While most of our interviewees were actively engaged with the humanized birth movement, not all of them were part of a network or an association or were inclined towards humanized birth, giving variety to our sample. Semi structured interviews guided questions that included experiences with prenatal, birth and postnatal care, quality of assistance, information and procedures received, contact with health professionals and overall experience of childbirth. All interviews were recorded and transcribed in Portuguese shortly afterwards by the first author. Data were analyzed in Portuguese and the final results and selected quotations were translated to English and further interpreted by the second author.

Data analysis was conducted in five stages: 1) familiarization 2) identification 3) indexing 4) mapping 5) interpretation^{16,17}.

We established the following categories for analysis: Access to information about rights; quality of the birth experience; quality of assistance and care.

Interviewees signed a consent form before the interview. The Ethical Committee of the Faculty of Health (University of Brasília-UnB) approved this research (Protocol n^o: 50/13 Date: 09 April 2013). Names in this article are pseudonyms. Interviews took place in a location convenient for the participants.

Taking into account that entanglement between research and biographical trajectories is "crucial in dialogues about maternity care"¹⁸ (p. 694) for us, further contact with networks also came from personal experience. At the time of this research, both authors were pregnant. As participants in some of these networks, we encountered many women, along with nurses and doulas who shared their thoughts and experiences. Both authors were supporters of natural birth, and expected to have a 'humanized' experience. This stance necessarily affected our critical review of the data three years later. We placed our research in engagement with women's wellbeing, in some cases actively notifying them about rights and legislation for instance, the right to have a companion during labor and birth - *Lei 11.108*¹⁹.

Results and discussion

Women's profiles

Most of the women we interviewed were married or lived in a stable union by the time the interviews took place and spent their pregnancies accompanied by a partner. Two of them were single. Their ages varied from 19 to 37 years old. Their levels of formal education also varied largely: Five had completed undergraduate studies, two were undergraduate students, one had finished high school, and two had not completed basic education. Six women were multiparous –with previous vaginal and C-section birth experiences- while four were nulliparous. One had a previous delivery, a stillborn. Half of them had their birth in a local birth center and the other half in public hospitals, located in peripheral cities of Brasília's *Plano Piloto*.

Some women mentioned using public and private services interchangeably, but all of them had a vaginal birth at a public facility. Private and public sectors are often used in complementary ways in Brazil, as private healthcare has extended a great deal over the past years²⁰. Three of them hired the private assistance of a doula, specifically those who delivered at the birth center.

Some women migrated from private to public care because the private obstetricians they initially saw openly declared being pro-C-sections.

Maternal care: Rights, information and assistance

According to most women, there is a lack of information given by the public prenatal care system. Those women engaged with natural birth sought to fill these gaps through other channels of information, such as books, the Internet, and social networks. On another hand, most women felt their rights during childbirth were respected, and the doubts they had were clarified, as most of them were actively asking questions. While women who attended the birth center were granted the right to an accompanied birth, those who attended local hospitals were often denied this legal entitlement.

Most participants claim they received insufficient information regarding their future births:

I looked for other information, the primary care facility (*o posto*) was really only for the physical exam, I didn't receive any information about birth. (Elena)

They only informed me about normal birth and C-section. (Rafaela)

They only gave us a talk about how to take care of a baby. (Tatiane)

Women who received private care expressed that physicians talked about C-sections:

He told me it was bad [vaginal birth], that it was really painful, he really tried to convince me that a C-section was better. (Eliane)

She [physician] told me that I wasn't going to be able to do it [vaginal birth] that the baby was too big, that I wasn't going to be able, that I was anemic. (Edith)

Women have the right to make a prenatal visit to the facility where they will give birth. But two women weren't offered this possibility and two other women were offered but could not attend.

Interviewees explained how they looked for different sources of information, including being active during their prenatal visits in the primary center:

I looked for information in blogs. I found out about a book from Michel Odent [...] I attended the prenatal group of a [university] hospital, since the very beginning of my pregnancy. (Eugenia)

I looked for information with a colleague, she was also pregnant, and she read a lot of things on the Internet, and I would look at those things. (Susana)

So, the Internet, books, my doula taught me, she was very important for this, she oriented me, informed me. (Edith)

For six of the ten women their right to have a partner during labor was respected; five of them gave birth at the birth center. Three women mentioned being denied this right by the hospital staff. Roberta and Tatiane were not accompanied during labor and at the time they did not know about this right, whereas Rafaela mentioned that even though she knew about the law, the institution –a local hospital- denied the entrance of a companion: “They told me that I could not have one [companion during labor] (...) Every other woman there didn’t have a companion either” (Rafaela).

Studies have shown that quality of care in Brazil is insufficient and women’s rights established by law are not systematically applied throughout the country²¹⁻²⁴. However, the staff plays an important role in the evaluation of quality care²⁵. Having support during labor has been scientifically shown to enhance the quality of women’s birth experiences, specifically a partner, in case there is one, and also a doula, if permitted²⁶.

Despite some issues regarding respect for women’s rights during childbirth, half of our interviewees expressed having some sort of doubt during labor that ended up being appropriately addressed by the staff. Information alone does not prevent unnecessary invasive procedures during childbirth, but it does enhance women’s decision making abilities and has other psychosocial benefits²⁷.

While prenatal attention and information help women to prepare for birth, during the labor process, intense emotions and sensations intertwine. As we will explore in the following section, the unpredictability of birth makes labor a delicate time, both physiologically and emotionally, and the experience of birth is strongly marked by how these decisions and emotions interplay.

Birth: Decisions & emotions under control?

Women mostly described feeling in control while making decisions taken during labor and birth. The dualistic view of feeling in control vs out-of control was present in women’s narratives, and while pregnancy and childbirth are largely uncontrollable processes, there is a set of cultural mandates “to assume greater responsibility for bodily functions”²⁸ (p. 995). So generally women’s ability to control is somewhat expected, while losing control is condemned.

Most women did have some sort of intervention during the labor process. Artificial oxytocin was administered to four of the interviewees, amniotomy and episiotomy were mentioned by three and the Kristeller maneuver (uterine fundal pressure) by one of the interviewees. But while interventions during labor were common, women accepted and often came to believe that these procedures were necessary:

She [the nurse] asked if I wanted [oxytocin], because the labor was not developing, I decided to take it and accelerate labor, because I was already too tired. (Susana)

I could have waited a bit longer, but I was really tired, and I really wanted it to end quickly. (Elena)

All of my doubts were clarified, I was very well oriented. (Roberta)

The amniotic sac did not break, he [the baby] was going to come out with it, but I really wasn’t able to do it, I was under too much pain, it really was too hard, that’s why I think [the amniotomy] was necessary. (Edith)

Women who gave birth at the birth center described having interventions with consent and after receiving appropriate information. When making these decisions, interviewees described having in mind their goal to accelerate labor and diminish discomfort. Thus, decisions are described as somewhat under control. However, women who received attention at local hospitals did not feel they made decisions and felt less active during the process. These women were not informed as often about the interventions and did not have active participation during labor: “They simply did not ask anything”. (Eliane)

When asked about participating in the process, Carmen and Tatiane –who had their births in different local hospitals- answered with a definitive ‘no’.

The lack of participation regarding women who gave birth in local hospitals seems to contradict the overall satisfaction interviewees expressed regarding the maternal care they received. This discrepancy might indicate that women’s main criterion to evaluate their experience is related to the most desired outcome: A healthy baby. To have a healthy baby might often make ‘everything worth it’ or might ‘make one forget’ the endurances of labor, including quality of care, unnecessary interventions or lack of participation during the process.

While decisions were portrayed as controlled, emotions were mostly portrayed as out of-control. Both fear and pain were central to these women’s birth narratives. Fear –an emotion- was mostly associated with doubting one’s ability to give birth and reflected the attitudes of others who also seemed to doubt them, while pain –a sensation- was the most significant physical experience of birth. Women expressed having difficulties to direct emotions:

I started to get scared, what if I can’t make it? [...] I won’t be able to take this baby out of here! (Eugenia)

I feared of something going wrong, of having some sort of problem, fetal distress, a C-section, fear of an interventionist nurse. (Aisa)

I felt anxiety, to see his face, for it [the birth] to be over, for that pain to go away. (Elena)

Fear was one of the most salient emotions expressed in women’s narratives. Their fear was not only related to the physiological aspects of birth, such as ability to push, or unexpected health problem with the fetus, but also with the context, such as health professional’s attitudes and tendencies to intervene. As we will explore in the next section, pain is at the very center of the experience, and is constantly symbolized as negative. After the delivery, feelings varied from relief and happiness, but were less emphasized in women’s narratives.

Humanization: Lines between expectation and experience

Nevertheless, interviewed women described their birth experiences mainly as positive- especially those delivering at the birth center. Some negative experiences (regarding lack or negative attention received from hospital staff) but also individual factors (difficulty and level of pain or a previous difficult experience) can deeply mark the birth experience and shape women’s narratives regarding their overall evaluation of birth. In this sense, quality care and satisfaction of women were highly influenced by location; women giving birth in the birth center expressed feeling protagonistic during the process. Most of these women felt that the staff respected them, but highlighted their own active roles during the process. Elena’s testimony best describes this sense of protagonism: “I felt extremely respected during the process [...] I had autonomy, empowerment, but I think it was because I aimed for that” (Elena).

In contrast, giving birth at a local hospital, Carmen and Eliane expressed feeling insulted and threatened and did not feel respected:

He [the physician] called me an ignorant, he said that having three children I should be calmer [...] he refused to assist me. (Carmen)

I was very uncomfortable, during the whole time I felt threatened, if I didn't do what they asked, I would get a C-section. The first physician asked me to stop screaming. (Eliane)

As some studies have shown²⁹ when women feel disrespected or do not trust the staff they make an effort to suffer less humiliation, adapting to the expectations of health professionals. A silent birth, for instance, would exemplify one of these efforts. Accordingly, women's experiences regarding birth varied significantly regarding place of birth, as we have also emphasized above. Those giving birth at the birth center described positive experiences:

God it was wonderful! My experience was wonderful, it was good, very good! (Eugenia)

It was painful, it was a lot of work, but I really enjoyed it [...] it was great. (Edith)

Even though one of the humanization premises is to deconstruct the central role of pain during labor and birth¹¹ the centrality of pain was found consistently in every narrative among the ten women. Indeed, throughout its development, the natural childbirth movement has conceptualized the notion of pain as positive and empowering, giving the women a chance to go deep inside herself to find the strength to labor and birth and bask in the glow of that feeling that 'I did it!'³⁰. This normative humanistic discourse can make women feel that they must 'measure up' to a predetermined ideal of 'natural' childbirth³¹. Yet pain remained dominant in their narratives:

I felt too much pain. I was trembling from head to toes from the pain, this was very surprising from me. (Rafaela)

I really felt dominated by the pain, the only thing I felt was pain. (Elena)

I didn't expect to be under so much pain, I didn't know it was going to be that painful. (Eugenia)

Often women's ideal birth contrasted significantly with their actual birth experience. And even if most women did receive humanized care, we saw that many of them did have some sort of interventions and their narratives reveal that derailment from the ideal plan can cause regret: "I found it was good, I would correct the mistake of allowing medication and episiotomy" (Eliane).

The experiences of women who gave birth in local hospitals reveal that in these settings the biomedical model is still predominant and institutional dynamics still disregard federal guidelines and legislation. Opposing this model, women who gave birth in the birth center were more satisfied with their experiences.

But confusingly, modern discourses of motherhood seek to encourage women not only to participate in, but also to be the protagonist of their birth experiences, while, at the same time, seeming to hold them responsible for the 'failure' of a less than ideal birth experience. Self-blame often shapes women's perceptions when the real birth experience differs from their 'ideal' expectation. The divergence between expectation and experience can cause frustration. These feelings that result inadvertently from humanized discourses are the subject of the following section.

Disciplining (women's bodies) and humanizing (health professionals)

Birth is often the terrain of different disciplinary discourses, in which biomedicine and midwifery, as well as feminism, display and confront their contradictory and apparent irreconcilable views³².

As we have seen, the medicalized or technocratic view is contrasted with the humanized view: One is labeled as authoritarian, vertical and interventionist; the other as lateral, gentle, respectful and participatory. And while the humanized model encompasses physiological as well as subjective advantages for women, it is not immune to attempts at enforcement of normative views of women's bodies as strong and fully capable of giving birth. Normative views that circulate within humanistic networks can indeed enhance confidence and autonomy, but at the same time can encompass strong ideas about women's bodies based on their 'natural' capability to give birth. For instance, in some prenatal groups, women were encouraged to become 'empowered':

She [the coordinator of the network] talked a lot about pain, that pain was psychological and that it's part of the process...that we are capable, every woman is capable and has to become empowered with our bodies. (Eugenia)

I understand birth as a physiological process that our body has done for millions of years, right? And my son and I would be capable of going through it. (Elena)

Humanized birth for me it's ideal! Every mother has to experience it! (Susana)

A feeling of winning, of overcoming. (Edith)

Yet feelings of guilt can accompany failure to achieve the idealistic view our interviews expressed above. Looking through the narratives of empowerment and contrasting them with the desired birth, we found that women often reveal feelings of self-blame and regret. So, the construction of decisive and participatory experience can also become a burden for women who seek a humanized experience. Additionally, the monopolized idea of a 'happy ending' shadows the complicated, nuanced and sometimes sad outcomes of pregnancy and birth¹⁵. Roberta embodies the potential traumatic outcome of birth, her baby was stillborn and her narrative is far from the 'ideal' birth.

In this sense, while humanized ideas and concepts might encourage active and participatory women, the natural childbirth movement can also essentialize women to being only their bodies. Here, a strict adherence to a set of 'humanized' discourses can be experienced as "disciplining and controlling rather than empowering"³³ (p. 749).

In this dualist view we must also acknowledge social and economic backgrounds that strongly influence women's horizons of possibilities and experiences^{34,35}. As seen in some cases, women express some limitations that influenced their birth choices:

I didn't have the money to have a home birth. (Eugenia)

I always knew I didn't want a hospital delivery [...] so I thought that the birth center was a good option. (Elena)

I wanted at home, but it is too expensive. (Aisa)

Home birth as a birth choice –the epitome of a post-modern humanized birth³⁶- is mainly a luxury confined to the middle and upper classes. The birth center where care is government-funded emerges as a safe, accessible option, for those who qualify. Here, health professionals are aware of woman's participation and the institutional dynamic allows and encourages humanized birth.

In general, women with lower levels of education had economic difficulties in achieving most of the 'ideal' conditions of their rights, such as making a visit to the public facility or having a companion during labor and birth.

Inequalities in maternal health are associated with age, formal education level, labor and race as well as other socio-economic factors, which greatly impact quality of care³⁷. Also, childbirth attendance in public facilities varies greatly from one facility to another³⁸. But even though translating humanized

discourse into practice has been difficult^{39,40} and obstetric violence is still a serious issue⁴¹, health providers in some facilities are increasingly responsive to humanized models of care⁴².

The variation in institutional dynamics and guidelines greatly influence the quality of support provided by staff, and the degree of respect for legislation exhibited by that hospital; some hospital staff, influenced by the humanistic movement work to empower their patients²⁴. Indeed, childbirth patterns are a matter of organizational culture⁴³ and women's experiences are enmeshed within larger dynamics and shaped by structural factors.

Conclusion

Almost all interviewed women were actively engaged in seeking information regarding their rights, obstetric violence and quality of care. While this finding may be a bias of our results, it can also point towards the increasing demands made by the women in Brazil who seek a natural 'humanized' birth. Following international recommendations –mainly those of the World Health Organization- public health care has increasingly adopted humanization initiatives set to de-medicalize routine birth experiences. For women with low risk pregnancies public birth centers have become a viable option. In contrast, women with pregnancies deemed to be high risk will not have this opportunity.

Even though the humanization of childbirth is acknowledged internationally and has been progressively implemented throughout Brazil, staggering inequalities still exist regarding access to humanized birth and quality care. So, even with more than a decade of initiatives to de-medicalize and humanize maternity care there are still many challenges to accomplishing that goal, which primarily include resistance from highly technocratized obstetricians^{7,44}.

By analyzing narratives of women and their experiences we simultaneously address the expectations of women across the spectrum but also the inequalities that persist in maternal care in Brazil. For instance, the number of birth centers in Brazil is quite small in comparison to the number of hospitals. This lack of access to humanized birth greatly limits the possibilities of low-income women to have access to humanized care.

In our study, five out of ten women gave birth in one of these centers and they narrated better attention, higher satisfaction and better quality of care when compared to women who gave birth in local hospitals. These women actively sought to give birth in a specific facility hoping for quality care, which they did indeed receive. Most women sought more information beyond their pre-natal care in public facilities, specifically regarding their rights, which was a cause for concern before birth. These channels of information, such as books, the Internet, other women's experiences, doulas, associations and networks often promote humanization practices. During birth, these women felt mostly participatory. Just as access to prenatal care during pregnancy strongly diminishes maternal and perinatal mortality, access to quality information and rights is seen to generate a positive evaluation of the experience.

However, discourses surrounding the humanization movement should be given further consideration, taking into account some normative views of women's bodies and birth, specifically as they can imply a sense of failure and self-blame if women do not attain the expected experience. While women described feeling active in decision-making, their emotions were not controlled and the centrality of pain can be related to feelings of disappointment. Women expressed pressures to perform, attain and fulfill certain normative standards, capacities and functions labeled as 'natural' and 'ideal'.

While it is difficult to establish whether there is a nationwide increasing demand for de-medicalized and humanized frameworks of attention by Brazilian women at large, the imperative to implement guidelines and practices to achieve better quality of care has recently become an important goal for many public healthcare workers in Brazil. How the experiences and subjectivities of women are shaped in this changing landscape is a remaining area of study for health professionals, social scientists and advocates of women-centered birth practices.

Contributors

Marília carried out recorded interviews and transcribed them. Data were analyzed in Portuguese by both authors and the final results and selected quotations were translated to English and further interpreted by Sara. Sara made the outline of the article and updated analysis with bibliographic references. Both authors were active in the discussion of final results and participated in the revision and approval of the final version of this manuscript.

References

1. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 75 Suppl 1: 5-23.
2. Ministério da Saúde (BR). Partos normais e cesáreas [Internet]. 2015 [cited Oct 26 2016]. Available from: <http://promocaodasaude.saude.gov.br/promocaodasaude/assuntos/incentivo-ao-parto-normal/noticias/partos-normais-e-cesareas>.
3. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, D'Orsi E, et al. Cesarean sections: who wants them and under what circumstances? *Cad Saude Publica.* 2003; 19(6):1611-20.
4. McCallum C. Explaining caesarean section in Salvador da Bahia, Brazil. *Sociol Health Illn.* 2005; 27(2):215-42.
5. Leão MR C, Riesco MLG, Schneck CA, Angelo M. Reflections on the excessive rates of cesareans in Brazil and the empowerment of women. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(8):2395-400.
6. MacDonald ME. The cultural evolution of natural birth. *Lancet.* 2011; 378(9789):394-5.
7. Rattner D. Humanizing childbirth care: pondering on public policies. *Interface (Botucatu).* 2009; 13 Suppl 1:759-68.
8. Diniz CSG. Humanization of childbirth care in Brazil: the numerous meanings of a movement. *Cienc Saude Colet.* 2005; 10(3):627-37.
9. Machado NXS, Praça NS. Delivery center and obstetric assistance focused on the parturient's needs. *Rev Esc Enferm USP.* 2006; 40(2):274-9.
10. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Cartilha nova organização do cuidado ao parto e nascimento para melhores resultados de saúde : Projeto Parto Adequado - fase 1. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, Institute for Healthcare Improvement; 2016.
11. Page L. The humanization of birth. *Int J Gynecol Obstet.* 2001; 75 Suppl 1:55-8.
12. Parry D. "We wanted a birth experience, not a medical experience": exploring Canadian women's use of midwifery. *Health Care Women Int.* 2008; 29(8-9):784-806.
13. Davis-Floyd R. *Birth as an American Rite Of Passage.* 2nd ed. California: University of California Press; 1992.
14. Macdonald M. Gender expectations: natural bodies and natural births in the New Midwifery in Canada. *Med Anthropol Q.* 2006; 20(2):235-56.
15. Layne LL. Unhappy endings: a feminist reappraisal of the women's health movement from the vantage of pregnancy loss. *Soc Sci Med.* 2003; 56(9):1881-91.
16. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. *BMJ.* 2000; 320(7226):50-2.
17. Pope C, Mays N. *Qualitative research in health care.* New York: John Wiley & Sons; 2006. 169 p.

18. Oakley A. The sociology of childbirth: an autobiographical journey through four decades of research. *Sociol Health Illn.* 2016; 38(5):689-705.
19. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União*
20. Machado JP, Martins M, Leite IC. O mix público-privado e os arranjos de financiamento hospitalar no Brasil. *Saude Debate.* 2015; 39(spe):39-50.
21. Figueiredo PPD, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na atenção básica à saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaucha Enferm.* 2008; 29(2):238.
22. Ceron MI, Barbieri Â, Machado Fonseca L, Fedosse E. Prenatal care in the perception of postpartum women from different health services. *Rev CEFAC.* 2012; 15(3):653-62.
23. Polgliane RBS, Leal MC, Amorim MHC, Zandonade E, dos Santos Neto ET. Adaptation of the process of prenatal care in accordance with criteria established by the Humanization of Prenatal and Birth Program and the World Health Organization. *Cienc Saude Colet.* 2014; 19(7):1999-2010.
24. Brüggemann OM, Ebsen ES, Ebele RR, Batista BD, Brüggemann OM, Ebsen ES, et al. Possibilities of inclusion of the partner in deliveries in public institutions. *Cienc Saude Colet.* 2016; 21(8):2555-64.
25. Carraro TE, Knobel R, Frello AT, Gregório VRP, Grüdtner DI, Radünz V, et al. O papel da equipe de saúde no cuidado e conforto no trabalho de parto e parto: opinião de puérperas. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(3):502-9.
26. Santos JO, Tambellini CA, Oliveira SMJV. Presença do acompanhante durante o processo de parturição: uma reflexão. *Reme, Rev Min Enferm.* 2011; 15(3):453-8.
27. Dias MAB, Domingues RMSM, Pereira APE, Fonseca SC, Gama SGN, Filha T, et al. The decision of women for cesarean birth: a case study in two units of the supplementary health care system of the State of Rio de Janeiro. *Cienc Saude Colet.* 2008; 13(5):1521-34.
28. Carter SK. Beyond control: body and self in women's childbearing narratives. *Sociol Health Illn.* 2010; 32(7):993-1009.
29. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. Childbirth as I see it.... or the way I wish it was?: expectations of pregnant women towards childbirth and obstetric care in the public health care system. *Cad Saude Publica.* 2002; 18(5):1303-11.
30. Arney WR, Neill J. The location of pain in childbirth: natural childbirth and the transformation of obstetrics. *Sociol Health Illn.* 1982; 4(1):1-24.
31. Carson A, Chabot C, Greyson D, Shannon K, Duff P, Shoveller J. A narrative analysis of the birth stories of early-age mothers. *Sociol Health Illn.* 2017; 39(6):816-31.
32. Lee ASM, Kirkman M. Disciplinary Discourses: Rates of Cesarean Section Explained by Medicine, Midwifery, and Feminism. *Health Care Women Int.* 2008; 29(5):448-67.
33. Malacrida C, Boulton T. Women's perceptions of childbirth "choices": competing discourses of motherhood, sexuality, and selflessness. *Gend Soc.* 2012; 26(5):748-72.
34. Martin E. *The woman in the body: a cultural analysis of reproduction.* Boston: Beacon Press; 2001.
35. Liamputtong P. Birth and social class: Northern Thai women's lived experiences of caesarean and vaginal birth. *Sociol Health Illn.* 2005; 27(2):243-70.
36. Davis-Floyd R. *Daughter of time: the postmodern midwife.* MIDIRS Midwifery Dig. 2005; 15(1):32-9.

37. Nagahama EEI, Santiago SM. Humanization and equity in labor care in a Southern Brazilian city. *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(4):609-15.
38. Nagahama EEI, Santiago SM. Humane childbirth and type of childbirth: an evaluation of care provided by the Brazilian national health system in a city in the south of Brazil. *Rev Bras Saude Materno Infant.* 2011; 11(4):415-25.
39. Souza TG, Gaíva MAM, Modes PSSA. The humanization of birth: perception of health professionals working in the delivery. *Rev Gaucha Enferm.* 2011; 32(3):479-86.
40. Merighi MAB, Gualda DMR. Mothers' health in Brazil and recovering the training of midwives for care in the birth process. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2009; 17(2):265-70.
41. Diniz SG, Salgado HDO, Aguiar Andrezzo HF, Cardin de Carvalho PG, Albuquerque Carvalho PC, Azevedo Aguiar C, et al. Abuse and disrespect in childbirth care as a public health issue in Brazil: origins, definitions, impacts on maternal health, and proposals for its prevention. *J Hum Growth Dev.* 2015; 25(3):377.
42. Malheiros PA, Alves VH, Rangel TSA, Vargens OMC. Labor and birth: knowledge and humanized practices. *Texto Contexto Enferm.* 2012; 21(2):329-37.
43. Behruzi R, Hatem M, Goulet L, Fraser W, Misago C. Understanding childbirth practices as an organizational cultural phenomenon: a conceptual framework. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2013; 13:205.
44. Rattner D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface (Botucatu).* 2009; 13 Supl 1:595-602.

Teixeirensis MMS, Santos SLS. De la expectativa a la experiencia: humanización del parto en el Sistema Brasileño de Salud. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(65):399-410.

Durante los últimos 15 años Brasil redobló los esfuerzos para humanizar la atención al parto en el Sistema Brasileño de Salud (SUS). Los esfuerzos de humanización se enfocaron en la no medicalización del parto, en las desigualdades y en la atención de calidad, que todavía constituyen desafíos reales en el país. En este estudio cualitativo entrevistamos a diez mujeres sobre sus experiencias de embarazo y parto. El estudio se realizó en Brasilia (DF) y las mujeres narraron sus experiencias de parto en hospitales y en centros de parto normal, todos ellos servicios del SUS. Las mujeres demostraron satisfacción con la atención al parto, pero con diferencias entre las mujeres atendidas en el centro de parto normal y en los hospitales. También se identificó que el movimiento de humanización puede hacer esenciales los cuerpos de las mujeres y reproducir discursos normativos que influyen sobre sentimientos de culpa y decepción cuando no se consigue el parto 'ideal'.

Palabras clave: Parto humanizado. Centros de asistencia al embarazo y al parto. Parto normal. Derechos de la mujer. Encuesta cualitativa.

Submitted in 21/11/16. Approved in 03/10/17.

The social aspects in the identification of children's mental health problems in two health services in Paris, France

Eunice Nakamura^(a)Maëlle Planche^(b)Alain Ehrenberg^(c)

Nakamura E, Planche M, Ehrenberg A. Aspectos sociais na identificação de problemas de saúde mental em crianças em dois serviços de saúde em Paris, França. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):411-22.

Children's mental health problems were analyzed from a sociological approach addressing two questions: what are the main children's behaviors identified and considered to be mental health problems, and what are the consequences of this classification for the debate on children's problems in contemporary societies. This quantitative and qualitative study analyzed 275 patients' records from two child mental health services (CMHS) in the northeast area of Paris, France. The majority of children were boys from six to 11 years old; requests were presented mainly by schools and parents; the main problems were behavioural problems, cognitive difficulties and relational problems (boys), and affective or emotional problems (girls). There is an interdependence of a great number of actors who worry about children's behavior and a system of expectations seems to be collectively woven by them as social classifications.

Keywords: Child. Mental health. Children's behavior. Sociological analysis.

Problemas mentais na infância foram analisados da perspectiva sociológica, abordando duas questões: quais os principais comportamentos infantis identificados e considerados problemas de saúde mental, e quais as consequências dessa classificação para o debate dos problemas infantis nas sociedades contemporâneas. Este estudo quanti e qualitativo analisou 275 prontuários de pacientes de dois serviços de saúde mental da infância na região nordeste de Paris, França. A maioria das crianças eram meninos de seis a 11 anos de idade; as queixas foram apresentadas principalmente pelas escolas e pelos pais; os principais problemas eram de comportamento, dificuldades de aprendizagem e de relacionamento (meninos), e problemas afetivos e emocionais (meninas). Há uma interdependência entre um grande número de atores que se preocupam com os comportamentos infantis e um sistema de expectativas parece ser coletivamente tecido por eles como classificações sociais.

Palavras-chave: Criança. Saúde mental. Comportamentos infantis. Análise sociológica.

^(a) Laboratório Interdisciplinar Ciências Humanas, Sociais e Saúde (LICHSS), Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Universidade Federal de São Paulo. R. Silva Jardim, 136, Campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. 11045-551. eunice_nakamura@hotmail.com

^(b) Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (CERMES3), Université Paris Descartes. Paris, França. maelle.planche@laposte.net

^(c) Centre National de la Recherche Scientifique, Institut des Sciences de l'Homme et de la Société, CERMES3, Université Paris Descartes. Paris, França. alain.ehrenberg@parisdescartes.fr

In the health debate, epidemiological studies developed in the last ten years, mainly in Western countries, indicate a global trend of an increase in mental health problems for children and adolescents. Current estimates indicate that one in four to one in five children and adolescents in the world suffers with some mental disorder¹. In France, according to the *Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale* (INSERM)², one in eight children suffer from mental health problems. As stated in the INSERM report, French and international studies indicate that 12% of children and adolescents have one or more mental health problems, the prevalence rates being similar to those observed in other developed countries³.

The epidemiological context gives us a quantitative picture of the dimension of childhood mental health problems, but other studies in the field of health and also in social sciences show us the relevance and actuality of the subject, relating childhood mental health problems to: immigration⁴; refugee situations⁵; socioeconomic inequalities and poverty⁶; and familial structure, unemployment and low income⁷. In general these aspects are presented as parts of the social and cultural dimensions of childhood mental health⁶.

The relevance assumed by childhood mental health problems led us to see the need for in depth understanding of the phenomenon, which is analyzed in this paper from a sociological approach addressing two questions: what are the main children's behaviors identified by adults (parents, health professionals, and others) and considered to be childhood mental health problems, and what are the consequences of this classification for the debate on children's problems in contemporary societies. In addition to addressing these questions, childhood mental health problems are analysed referring to two theoretical categories: interdependence⁸ and autonomy^{8,9}, also used to explain the place occupied by children in contemporary societies.

Methodology

This is a quantitative and qualitative study using as its framework documental research of children's personal forms of patients records from two child mental health services (CMHS), located in the northeast area of Paris, France.

We considered the children's personal forms to be documents that include thoughts, meanings, judgements and acts, according to two complementary approaches: as a resource and as a topic. The first approach focuses on what is 'in' the document, revealing the adults' representations of childhood mental health problems related to their descriptions of children's behavior; the second approach emphasizes the impact of the document on schemes of social interactions¹⁰.

Data were collected from these personal forms, completed the day of the first consultation request by parents or other adults, considered to be important material, as it was not yet 'translated' by health professionals. These forms integrate the patient records of children who received care in the two CMHSs chosen for a comparative study. In one of these services we analysed one hundred and fifty personal forms and in the other 125, totalling 275 personal forms analysed. The data were collected in two CMHSs situated in different districts in the same area of the city, enabling us to compare different contexts from two case studies. Then the difference between the services, situated in different districts, the particularities of the population who received care in each of them, and the demands presented by the local actors were considered important aspects for a comparative approach.

The CMHSs are one of the pillars of the French sectorial health system for prevention, evaluation and care provided to childhood mental health problems; bringing together multidisciplinary teams of psychiatrists, psychologists, speech therapists, occupational therapists, psychomotor therapists, nurses and social workers.

Although these services provide care for children and adolescents, for this study we considered only children up to 11 years old at the time their consultation request was made, since this is the age when French children finish elementary school.

The two CMHSs participating in the research study use the same personal information form with the following questions:

- Responsible for completing the form
- Request number
- Origin of the request
- Parents' and child's family name and given name
- Child's sex, date and place of birth
- Address and telephone number
- Reason(s) for request
- Child's school grade
- Previous healthcare
- Need for interpreter and parents' language
- Consultation proposed (date)

The analysis was centred mainly on the children's profiles (sex and age), the origin of the request (who referred the children to the mental health services) and their reasons for the request (which were the reasons presented by adults and how they were related to children's behaviors that were considered to be problematic). All the forms were read and the information was organized and grouped into broad categories to understand the origin of the request and their reasons. Then these categories were analysed in relation to the children's profiles by using the Modalisa program, which also allowed us to cross-reference the data of the two mental health services.

The confidentiality and anonymity of the mental health services (identified as CMHS 1 and CMHS 2), as well as of the children and their parents, was maintained as ethical aspects to be considered in the project approved by the Ethics Committee.

Results

The northeast area of Paris

The CMHS participating in this study are located in two different districts of the northeast area of Paris, considering three main boroughs (18th, 19th and 20th). This is one of the most densely populated areas in Paris and some of its districts are considered priorities because of the great social and urban inequalities and poverty, integrating with urban policies; others are considered to be sensible urban zones and they are integrated with the Urban Renewal Policy.

We have 586,156 inhabitants living in these three boroughs, that is, 26.4% of the total population of Paris (2.2 million inhabitants)¹¹. It is important to note about the population that 17.2% are foreigners¹²⁻¹⁴.

According to the reports of Paris city hall, in regard to the socio-demographic information of these boroughs some differences must be noted in terms of age: in the 19th borough, 24.9% of the population is under twenty years old (representing 21.8% in the 20th and 19.1% in the 18th boroughs). On the other hand, 12.4% of the population in the 20th borough are up to 65 years old (with 11.9% in the 18th and 11.5% in the 19th boroughs).

The differences between the boroughs also might be noted in the number of children in the 130,400 families living in the northeast area. The 19th borough is where we find more families with three children (9%) and with four children or more (5.3%). In the 18th borough, they represent 6% and 3.2% and in the 20th, 7.1% and 3.5%, for three and four children families, respectively.

If we consider the population activity in these boroughs, about 98% of children from six to 14 years old are in school, but only about 70% of adolescents and young from 15 to 24 year old are in school (with 71.2% in the 19th borough; 69.8% in the 20th; and only 67.7% in the 18th).

The differences we have shown between the boroughs that constitute this area are indicative of social heterogeneity in the population that might be reflected in some way in the manner in which local actors observe and talk about children's behavior and in the problems they identify and present to mental health services, seeking to resolve them.

Children's profiles

In the both CMHSs we found a very similar percentage of boys and girls: almost 71% of children are boys and 28% are girls (Table 1).

The majority of children were concentrated in the 6-11 years of age group (64.7%); followed by the children who were three to five years old (28.4%). In France, since 2006, children's education has included primary school, comprising non-compulsory preschool for children who are three to five years old and compulsory elementary school for children from six to 11 years old, the reason why this age group is so important to the analysis.

In both services, it also should be noted that we found almost the same percentage (6.9%) of children who were under three years old (7.3% in CMHS 1 and 6.4% in CMHS 2), indicating some concerns regarding mental health problems in very young children.

These general data concerning children who received care in the two CMHSs indicated a very similar profile. However, some particularities should be noted. In CMHS 1, 32.7% of the children were in the group of 3-5 years of age children, while they represented 23.2% in CMHS 2. On the other hand, in CMHS 2, children from 6 to 11 years old were 70.4%, while they accounted for 60.0% of the patient population in CMHS 1.

Table 1. Percentage of children attending the Child Mental Health Services by sex and age.

Variable	Categories	CMHS1	CMHS2	Total
Sex	Boys	71.3	71.2	71.3
	Girls	28.7	28.8	28.7
Age	0-2 years old	7.3	6.4	6.9
	3-5 years old	32.7	23.2	28.4
	6-11 years old	60.0	70.4	64.7

Categories of the request's origins

In the forms, we identified eleven different request origins made to the CMHS. However, to facilitate the analysis, we grouped them into seven categories integrated by different actors, as follows:

- Schools: any professional of the school system (principal, teacher, school's doctor, psychologist or nurse), from preschool (3-5 years old) or from elementary school (6-11 years old).
- Parents: requests from one of the children's parents (or guardians).
- Health services: requests presented by a doctor, a healthcare centre, a hospital or other MHS.
- Social services: shelters, social workers or city hall.
- Childhood services: childhood and early childhood services, such as nursery, leisure centers.
- Family or acquaintance: requests from someone close to the parents (family member, friend or acquaintance).
- Others: exceptional demands from funding agencies, criminal or judicial institutions.

In French CMHS, parents are responsible for presenting the request for their children's care. This is the reason why the field "origin of the request" in the forms is in general completed by the parents, but many times, school professionals advise the parents to seek out CMHS care.

In the both services, schools (31.3%) and parents (31.6%) were the main actors in presenting the requests for the children's care. However, the role of the health services (12.4%), social services (8.4%) and childhood services (7.3%) in directing children to both CMHS must also be considered. According to sex, the boys were directed to the both CMHS mainly by schools (36.7%), while parents (45.6%) were responsible for the girls' requests (Table 2).

Considering each service, we observed that in the CMHS 1, parents were the main ones responsible for all the requests (32%); this situation differing from that observed in CMHS 2, where the schools were the main agents responsible for the requests (37.6%), more than parents (31.2%).

Table 2. Percentage of request origins in the Child Mental Health Services by sex.

Request origins	CMHS 1			CMHS 2			Total		
	Boys	Girls	Total	Boys	Girls	Total	Boys	Girls	Total
Schools	29.9	16.3	26.0	44.9	19.4	37.6	36.7	17.7	31.3
Parents	28.0	41.9	32.0	23.6	50.0	31.2	26.0	45.6	31.6
Health services	11.2	9.3	10.7	13.5	16.7	14.4	12.2	12.7	12.4
Social services	12.1	11.6	12.0	3.4	5.6	4.0	8.2	8.9	8.4
Childhood services	8.4	4.7	7.3	9.0	2.8	7.2	8.7	3.8	7.3
Family or acquaintance	2.8	4.7	3.3	3.4	2.8	3.2	3.1	3.8	3.3
Others	4.7	9.3	6.0	1.1	-	0.8	3.1	5.1	3.6
Unanswered	2.8	2.3	2.7	1.1	2.8	1.6	2.0	2.5	2.2

Considering the children's ages, we should note in the Table 3 that parents and childhood services were the main agents responsible for the requests (both with 36.8%) for those who were up to two years old. The parents were also the source of the majority of requests (30.8%) for the children from three to five years old, but in this age group the schools were the second most frequent source of the requests (24.4%), followed by childhood services (12.8%) and by health and social services, both originating 11.5% of the requests.

For the children from six to 11 years old, the relevance of the schools in directing the children into care was evident, as they were the main responsible agent for the requests (37.6%). It must be noted that the school's requests concerned mainly children from six to 11 years old, those who were in the elementary school. This tendency was also observed in both CMHSs: 32.2% in CMHS 1 and 43.2% in CHMS 2.

Nevertheless, a particularity should be noted in CMHS 2, as the requests presented by the schools are also the majority of referrals in the age group 3-5 years old (31%), more than those referred by parents (27.6%). This situation is the inverse from that observed in CMHS 1 where we noted that the parents were the most common origin of the requests presented for children younger than three years old (36.4%) and for those aged three to five years old (32.7%). This confirms a more important role of schools in CMHS 2, as indicated above, with respect to the children in the preschool (3-5 years old) and also in the elementary school (6-11 years old).

Table 3. Percentage of request origins in the Child Mental Health Services by age.

Request origins	CMHS 1				CMHS 2				Total			
	0-2 ys	3-5 ys	6-11 ys	Total	0-2 ys	3-5 ys	6-11 ys	Total	0-2 ys	3-5 ys	6-11 ys	Total
Schools	-	20.4	32.2	26.0	-	31.0	43.2	37.6	-	24.4	37.6	31.3
Parents	36.4	32.7	31.1	32.0	37.5	27.6	31.8	31.2	36.8	30.8	31.5	31.6
Health services	-	8.2	13.3	10.7	25.0	17.2	12.5	14.4	10.5	11.5	12.9	12.4
Social services	9.1	14.3	11.1	12.0	-	6.9	3.4	4.0	5.3	11.5	7.3	8.4
Childhood services	36.4	12.2	1.1	7.3	37.5	13.8	2.3	7.2	36.8	12.8	1.7	7.3
Family or acquaintance	9.1	2.0	3.3	3.3	-	-	4.5	3.2	5.3	1.3	3.9	3.3
Others	9.1	8.2	4.4	6.0	-	-	1.1	0.8	5.3	5.1	2.8	3.6
Unanswered	-	2.0	3.3	2.7	-	3.4	1.1	1.6	-	2.6	2.2	2.2

The different contexts of the request origins in the CMHSs should indicate the particular regard of the actors for the children in the two districts. Specifically, the place occupied by the social services in CMHS 1 (12.0%) and by the health services in CMHS 2 (14.4%) should be noted, as these data indicate some particularities in the relationships among these actors, differences in the places and roles that they occupy in each district.

Categories of the reasons for requests

Analysing the request forms, we identified different reasons presented to the CMHS by parents or other adult. To make the comparative analysis, we created and grouped these reasons into nine broad analytical categories identified from the nature of the problems' descriptions, which should be presented as different reasons in one child's request.

- Relational problems: conflict with peers, with parents and relatives, manifestations of aggression or violence toward others, difficulties in relationships. Also considered in this category were all descriptions of children's problems referred to as isolation, inhibitions or reclusiveness, as well as transgression of limits and non-compliance with adult authority.
- Affective or emotional problems: distress, anxiety, stress, hypersensitivity, sadness, crying, diffuse fears (phobias), anger and also self-aggression.
- Cognitive difficulties: children's various learning difficulties, including writing and reading, attention and concentration problems, as well as language difficulties and language delay or expression.
- Behavioral problems: excessive agitation or nervousness.
- School refusal: school absenteeism or refusal of schoolwork.
- Specific problems: mention of problems such as enuresis, encopresis, eating disorders, tics, sleep problems, somatic problems and also psychomotor difficulties.
- Traumatic events: life events such as illness or death, parents' divorce or accident referred to as causes of children's problems.
- Diagnosis: depression, autism, ADHD, among others, usually made by a professional from another health service.
- Evaluation or certificate request: request of a specific health professional evaluation or request of a certificate for social benefits.

With respect to the categories of the request's reasons, we note in the Table 4 that the main problems presented to the services are behavioral problems (21.8%) and cognitive difficulties (19.3%), followed by affective or emotional problems (15.6%). If we considered the children's sex, the main problems for boys were behavior problems (24.1%) followed by cognitive difficulties (21%), while the girls presented more affective or emotional problems (19.1%).

When analysing each CMHS separately we could note some particularities. In CMHS 1, the main reasons presented were behavior problems (25.8%), mainly in the case of the boys (28.1%), and affective or emotional problems (19.8%), more frequent for the girls (22.2%). Unlike CMHS 1, in CMHS 2 the main reason presented was cognitive difficulties (20.9%), mainly in the case of the boys (23%), followed by behavioral problems (19% in the total and 21.5% for the boys). The girls in this service also presented as the main reason affective or emotional problems (17.1%).

In terms of age, Table 5 indicates that the behavior problem is the main request reason especially for the children under two years old (27.6%) and for those from three to five years old (25.2%). Other reasons presented for the children aged three to five years were cognitive difficulties (19.7%). In contrast, for the children who were six to 11 years old, cognitive difficulties were the main reasons presented in the requests (20.7%), followed by behavioral problems (19.7%) and affective or emotional problems (15.7%).

When analysing the reasons of the requests presented to each CMHS separately we found some particularities. In CMHS 1, the main request reasons presented for children from six to 11 years old were behavioral problems (23.1%), affective or emotional problems (20.4%) and cognitive difficulties (16.7%). In CMHS 2, behavioral problems are more frequently mentioned for children from three to five years old (22.4%) and cognitive difficulties in the case of those who are six to 11 years old (23%).

Table 4. Percentage of the categories of the reasons for requests in the Child Mental Health Services by sex.

Reasons for the requests	CMHS 1			CMHS 2			Total		
	Boys	Girls	Total	Boys	Girls	Total	Boys	Girls	Total
Relational problems	10.2	13.0	11.0	14.7	13.4	14.3	12.9	13.2	13.0
Affective or emotional problems	18.8	22.2	19.8	11.0	17.1	12.8	14.1	19.1	15.6
Cognitive difficulties	18.8	14.8	17.0	23.0	15.9	20.9	21.0	15.4	19.3
Behavioral problems	28.1	20.4	25.8	21.5	13.4	19.0	24.1	16.2	21.8
School refusal	1.6	1.9	1.6	3.1	6.1	4.0	2.5	4.4	3.1
Specific problems	9.4	11.1	9.9	14.7	17.1	15.4	12.5	14.7	13.2
Traumatic events	-	1.9	0.5	7.9	11.0	8.8	4.7	7.4	5.5
Diagnosis	3.9	3.7	3.8	2.6	-	1.8	3.1	1.5	2.6
Evaluation or certificate request	7.0	9.3	7.7	1.6	4.9	2.6	3.8	6.6	4.6
Unanswered	3.1	1.9	2.7	-	1.2	0.4	1.3	1.5	1.3

Table 5. Percentage of categories of the reasons for requests in the Child Mental Health Services by age.

Request origins	CMHS 1				CMHS 2				Total			
	0-2 ys	3-5 ys	6-11 ys	Total	0-2 ys	3-5 ys	6-11 ys	Total	0-2 ys	3-5 ys	6-11 ys	Total
Relational problems	7.1	10.0	12.0	11.0	20.0	10.4	15.2	14.3	13.8	10.2	14.0	13.0
Affective or emotional problems	28.6	16.7	20.4	19.8	20.0	10.4	13.1	12.8	24.1	13.4	15.7	15.6
Cognitive difficulties	7.1	20.0	16.7	17.0	-	19.4	23.0	20.9	3.4	19.7	20.7	19.3
Behavioral problems	35.7	28.3	23.1	25.8	20.0	22.4	17.8	19.0	27.6	25.2	19.7	21.8
School refusal	-	-	2.8	1.6	-	-	5.8	4.0	-	-	4.7	3.1
Specific problems	14.3	11.7	8.3	9.9	33.3	17.9	13.1	15.4	24.1	15.0	11.4	13.2
Traumatic events	-	-	0.9	0.5	6.7	9.0	8.9	8.8	3.4	4.7	6.0	5.5
Diagnosis	-	3.3	4.6	3.8	-	3.0	1.6	1.8	-	3.1	2.7	2.6
Evaluation or certificate request	7.1	8.3	7.4	7.7	-	6.0	1.6	2.6	3.4	7.1	3.7	4.6
Unanswered	-	1.7	3.7	2.7	-	1.5	-	0.4	-	1.6	1.3	1.3

The data on requests' origins and the reasons for them should complete the scenario for understanding adult's tendencies in identifying and arranging children's behaviors as problems, at the same time that the results bring together the realities of these children.

If we consider that in the both services schools were the main actor in presenting the requests for the children's care (31.3%), it should be indicated that the complaints presented by them are especially behavioral problems, cognitive difficulties and relational problems. On the other hand, the main complaints presented by parents are affective and emotional problems, but they also identified behavioral problems, school refusal and traumatic events. It is also necessary to consider the role of childhood services, health and social services in identifying behavioral problems. In general, all these actors are more or less involved in the identification of children's problems; all of them address some aspect of children's behavior.

If the general analysis showed us the context of childhood mental health problems in the northeast area of Paris, by comparing the two CMHS we focused on what is unique for each, the similarities and the differences. There is a need in that context to examine the particular way in which the actors are linked, constituting children's realities, their problems included.

Discussion

In recent years, the theme of a parental 'crisis of authority' - often extended to the school - is very much present in the public debate over the explanation for the increase in childhood mental health problems, resulting from the so-called weakening of educational foundations. This has been a recurring topic for decades in France.

This aspect, although recurrent, partially explains what is happening, especially in Western societies. It is necessary to comprehend the psychological changes, by resorting to the analysis of long-term social changes¹⁵. The evolution of these problems can only be understood from a sociological perspective, by relating childhood mental health problems, as observed in France, to the social changes that have affected the relationships among individuals. From this perspective, we focus on some central questions: 1) the actors responsible for classifying children's behaviors, 2) the principles of the arrangement of childhood mental health problems and 3) some consequences of this process for the current debate on the topic.

The argument based on the 'crisis of authority' to explain the phenomenon is very often confounded with the concept of authoritarianism, revealing a kind of regret concerning the disappearance of a relationship that is "[...] socially normalized between a person who gives orders and the other who obeys"¹⁶ (p. 83). Referring to the adult-child relationship, Norbert Elias¹⁵ shows that we are living in a world in transition, where ancient patterns of authority in this relationship coexist with modern ones, more egalitarian and autonomous. Thus, the problem seems not to be a crisis of a model of authority, but a process of transformation and the possibility to think about adult-child relationships based simultaneously on adult authority and children's autonomy. This transformation implies an arrangement of relationships constituted not only by parents and their children, but also by many other people.

In his study of 'children's civilizing process', Elias¹⁵ state that this process describes a double movement 'of tightening but also of slackening of constraints'. Enlightened by these ideas on adults' authority crisis, children's autonomy and the interdependence between children and adults, as well as among adults, some aspects emerge from our study in an attempt to answer our central questions, as stated above.

The first aspect leads us to the idea of interdependence that is essential to understand the place of children in society, always in relationship with others, as stated by Elias⁸. The data we presented put in evidence the interdependence of a great number of actors and institutions - parents, teachers, doctors, psychologists - who seem to gravitate around children, worrying about their behavior, their problems, the expression of their subjectivity, believing in the existence of a 'structure of children's personality that would be their own'¹⁶ as opposed to that of adults. In doing so, this finding reveals a fundamental concern regarding children and the growing trend to empathy vis-à-vis their specific needs, in our societies¹⁶. From this perspective, the current scientific precepts - in terms of education, signs of children's well-being or ill-being - seem to play a role in the attention that the various actors pay to children's suffering, with whom they are in everyday relationships. Moreover, the central place now occupied by children cannot be reduced to "[...] an increase of empathy [...]" toward them¹⁶ (p.82).

The second aspect refers to the reasons adults have for classifying some children's behaviors as problems, which leads us to the nature of the socialization process in contemporary societies. The complexity of this process is related to the requirements and constraints that will be imposed on children to become adults, with a concurrent need for adjustment and prediction of child behavior by adults¹⁶. By reconstructing the course of the civilizing process in the relationships between parents and children, Elias¹⁵ compares the treatment reserved for children today with that of the past time, showing a time of transition where socialization models based on authority and autonomy coexisted. Therefore, more than an authority crisis of adults, we can refer to the relative autonomy of children and ask how children's behaviors can be adjusted and predicted by adults in this process, some of them being identified as problems.

It is important to note that currently autonomy has become a collective aspiration. The ways of acting and suffering in society change in an interdependent way, being pervaded with collective

representations of autonomy. Thus, autonomy pervades all social relationships, that is, “[...] the ideas we have about the relation of interdependence with each other and of independence of each other”⁹ (p.6). As a supreme value, autonomy presupposes that individuals are able to make choices, to take initiative, to be agents of their own change.

The meaning of discipline has also changed: it is subordinated to the target of obtaining individual initiative and thus the ability to motivate oneself, tending to self-discipline. If before we had useful individuals because they were docile¹⁷, currently it is necessary to develop the capacity of individuals to self-activate and control themselves. If we need to discipline, it is not because of obedience, but to develop the skills of empathy and self-reliance.

In this sense, children’s behavior problems seem to be classified as problems, less as a resistance to authority or discipline imposed by adults, but more from the need for self-discipline. In modern society, successful education should allow a child to acquire all of these skills. In doing so, adults’ interest in certain child behaviors should be understood as a form of regulating them that is a way to help caregivers to develop children into the future agents of their own change⁹.

This leads us to the discussion of the nature of the problems to which people pay attention, as the requests presented to the CMHSs, to be constitutive of the normative expectations of individuals in contemporary societies. The affective dimension (or emotional) is central in our societies; “[...] the ability to act by oneself without being overwhelmed by one’s emotions” appears today as “[...] the condition of successful socialization. The control of inhibition, shame, guilt, anxiety or depression is the major issue of contemporary sociality”¹⁸ (p.154). These are ‘functional disorders’, in the sense that these are both values of civilization *and* symptoms.

In so doing, the process of children’s socialization involves a high degree of control over their impulses and emotions at one level (‘tightening’), and a high degree of slackening (negotiations between a child and an adult) at another level¹⁶. In other words, contemporary socialization involves, on one side, self-expression and its needs; and on the other side, it involves self-control. Both aspects are important to children’s development, because their future social inclusion will depend on their ability to cooperate with others. The necessary transformation of children into ‘autonomous adults of tomorrow’ might also lead to isolation and suffering.

In a society pervaded by the normativity of autonomy, it is not enough only to acquire cognitive skills to ensure proper socialization of children, but also to acquire all procedures of information processing such as perception, reasoning, language, memory or key executive functions¹⁹.

In this third and final aspect, we wish to return to the idea of interdependence⁸ to focus on a relative weakening of the almost exclusive role of parents in children’s education in favor of other institutions and actors. Examining this aspect will allow us to reflect on the ‘children’s civilizing process’ in our contemporary societies. Then, the different contexts of request origins should indicate the particular way the actors look at the children in the two districts where CMHSs are situated, as an important aspect to be considered for the understanding of childhood mental health problems based on certain children’s behaviors. This reveals another aspect of our contemporary societies and the evolution of the relationships between adults and children, that Norbert Elias¹⁶ called “partial parents de-functioning”. Because “[...] the more adult society becomes complex and differentiated, the more the transformation of civilizing process of the individual grows and becomes complex”¹⁶ (p.99), requiring an investment in the child outside the family, mainly in the historical process started decades ago with the generalization of education. Moreover, if cognitive skills are not enough either, it becomes much more difficult to ask the school alone to ensure the future integration of children, especially of those in the most disadvantaged social environments.

The fact that the parents and the schools are the main agents responsible for directing children to the CMHS could lead us to think on their role in children’s socialization. Nevertheless, this role should not be considered determinant in modelling children as objects of adults’ views and actions, as we must consider children themselves as parts of this social network that is constituted by adults and children. Besides that, parents and schools are not the only actors to present complaints to the CMHS.

Depending on the sort of complaints and on a child’s age and sex, the particular role each actor played is clear in both districts. They constitute the social network responsible for children,

being interdependent, and at the same time, children are in relation to that network, also as actors. In this sense, the socialization process is based on a dynamic negotiation between adults and children revealing a relationship between children's answers to the adults' world and their need to adapt themselves into a very narrow range of behaviors and possible functions in a society⁸. Such organization around children's problems is socially recognized as just and desirable, not only from the point of view of parents, but also from that of children. It is the child's ability to express, not to obey, which has become the major concern.

Conclusion

In the current scenario, where children's mental health problems occupy a major place in the scientific and social debate, we sought to understand the phenomenon highlighting the corresponding long-term social changes.

By using the notion of the civilizing process, proposed by Norbert Elias¹⁶, we intended to highlight the changes in certain social patterns in contemporary societies, which underlie the social model of civilization and guide the relationship between children and adults.

We emphasized two transformations in this understanding, seemingly contradictory, but complementary in social terms: the relative autonomy of children who become adults through the civilizing process; while their interdependence with adults continues to exist.

With respect to autonomy, it is important to mention the moment of transition in which we live today in the relationship between parents and children, moving from representations of authority to a more egalitarian relationship. So, children are encouraged to become adults, with a high degree of self-regulation of their needs required¹⁵ through social expectations. Thus, children's problems seem to indicate the interaction of a biological maturation process and a social process of civilization, namely, the adjustment in this point in time of social civilization, when "[...] from an uncivilized child an adult more or less civilized is established"¹⁵ [our translation] (p.483). In this sense, children's mental health problems and their expressions through socially elaborated categories seem to express today the social dynamics of the relationship between children and adults, in which the prescriptions based on scientific considerations, especially on psychiatry, start playing a major role.

Therefore, the second aspect of this movement of social transformation in the model of civilization in contemporary societies is evident: interdependence, because the coexistence of individuals puts each person in a complicated and complex network of differentiated chains of interdependence. These are the different social actors who start looking at children and their behaviors, while these actors are responsible for ensuring they have the necessary skills in the learning process: on the one hand, to their adjustment to social norms, and to the need for self-control and self-regulation of their feelings and impulses, on the other.

This question points to a complex negotiation between the actors involved, revealing the interaction or interdependence in society to organize its expectations, especially those related to children.

Thus, if there is a paradox between children's answers to the adult world and some expectations for their behavior, an important aspect to be deepened is at what point, in which contexts and according to which classification the tension between social and individual expectations (children's answers) are solved, either by particular actors or institutions, or directed to the child mental health services. A system of expectations seems to be collectively woven as social classifications by the actors who care about children.

Acknowledgements

Part of this work was integrated to the post-doctorate stage of Eunice Nakamura at CERMES 3 in Paris, France, with a Fellowship from the National Council of Technological and Scientific Development (CNPq-Brazil).

Contributors

Eunice Nakamura: responsible for conceiving, drafting and revising the paper; and for the analysis and interpretation of data. Maëlle Planche: responsible for drafting and revising the paper; and for the analysis and interpretation of data. Alain Ehrenberg: responsible for revising the paper critically; and for the approval of the version to be published.

References

1. Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 2007; 369(9569):1302-13.
2. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (FR). Troubles mentaux: dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Paris: Editions INSERM; 2003 (Dossier de presse).
3. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Santé mentale des enfants et des adolescents [Internet]. Denmark: OMS; 2004 [cited 21 Ago 2010]. Available from: http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2013/07/oms_sante_mentale.pdf.
4. Kouider EB, Koglin U, Petermann F. Emotional and behavioural problems in migrant children and adolescents in Europe: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2013; (23):373-91.
5. Anstiss H, Ziaian T, Procter N, Warland J, Baghrust P. Help-seeking for mental health problems in young refugees: a review of the literature with implications for policy, practice and research. *Transcult Psychiatry*. 2009; 46(4):584-607.
6. Guzder J, Rousseau C. Editorial: child and community mental health in cultural perspective. *Transcult Psychiatry*. 2010; 47(5):683-5.
7. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. The mental health of children and adolescents in Great Britain. London: The Stationery Office; 2000.
8. Elias N. *La société des individus*. Paris: Fayard; 1991 [1939].
9. Ehrenberg A. Santé mentale: l'autonomie est-elle un malheur collectif?. *Esprit*. 2014; (402):101-10.
10. Silverman D, editor. *Qualitative research*. 3rd ed. London: Sage Publications; 2010.
11. Ministère de l'Économie et des Finances (FR). Institut National des Statistiques et des Etudes Economiques (INSEE). Recensement de la population - Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2017. Paris: INSEE; 2016.
12. Mairie de Paris. Direction du Développement Economique de L'Emploi et de L'Enseignement Supérieur. Structure démographique et socio-économique du 18e arrondissement. Paris; 2011a. Mission Etudes et Statistiques
13. Mairie de Paris. Direction du Développement Economique de L'Emploi et de L'Enseignement Supérieur. Structure démographique et socio-économique du 19e arrondissement. Paris; 2011b. Mission Etudes et Statistiques
14. Mairie de Paris. Direction du Développement Economique de L'Emploi et de L'Enseignement Supérieur. Structure démographique et socio-économique du 20e arrondissement. Paris; 2011c. Mission Etudes et Statistiques

15. Elias N. A civilização dos pais. *Soc Estado*. 2012; 27(3):469-93.
16. Elias N. Au-delà de Freud. *Sociologie, Psychologie, Psychanalyse*. Paris: Éditions La Découverte; 2010 (Textes à l'appui/ Lab. Sciences Sociales).
17. Foucault M. *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard; 1993 [1975].
18. Ehrenberg A. Souffrir au travail: purger les passions ou ouvrir la voie à l'action?. *Esprit*. 2011; (378):148-57.
19. Heckman JJ. Schools, skills, and synapses [Internet]. Bonn: Institute for the Study of Labor; 2008 [cited 8 Dec 2014]. (IZA Discussion Paper, n. 3515). Available from: <http://ftp.iza.org/dp3515.pdf>.

Nakamura E, Planche M, Ehrenberg A. Aspectos sociales en la identificación de problemas de salud mental en niños en dos servicios de salud en París, Francia. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):411-22.

Problemas mentales en la infancia se analizaron desde la perspectiva sociológica abordando dos preguntas: cuáles son los principales comportamientos infantiles identificados y considerados problemas de salud mental y cuáles son las consecuencias de esa clasificación para el debate de los problemas infantiles en las sociedades contemporáneas. Este estudio cuanti-cualitativo analizó 275 historiales de pacientes de dos servicios de salud mental de la infancia en la región nordeste de París, Francia. La mayoría de los niños eran del sexo masculino de seis a 11 años; las quejas fueron presentadas principalmente por las escuelas y por los padres; los principales problemas eran de comportamiento, dificultades de aprendizaje y de relaciones (niños) y problemas afectivos y emocionales (niñas). Hay una interdependencia entre un gran número de actores que se preocupan por los comportamientos infantiles y un sistema de expectativas que parece ser tejido colectivamente por ellos como clasificaciones sociales.

Palabras clave: Niños. Salud mental. Comportamientos infantiles. Analisis sociológico.

Submitted in 14/11/16. Approved in 31/01/17.

Percepção dos profissionais sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde em dois municípios pernambucanos de grande porte

Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus^(a)
 Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo^(b)
 Marina Ferreira de Medeiros Mendes^(c)
 Isabella Chagas Samico^(d)

Jesus RPF, Espírito Santo ACG, Mendes MFM, Samico IC. Health care professionals' perceptions of coordination between levels of care in two large municipalities in the State of Pernambuco, Brazil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):423-34.

This study aimed to gain insight into healthcare professionals' perceptions of coordination between levels of care in two municipalities in the State of Pernambuco, Brazil. A qualitative study was conducted consisting of in-depth interviews with 51 professionals working in primary care (PC) and secondary care (SC) regarding clinical management and the factors affecting its implementation. The results show that, despite a lack of understanding of the term coordination across levels of care, the importance of and efforts focused on this area are recognized. Lack of communication between PC and SC is viewed as the cause and consequence of problems that hamper the successful implementation of clinical governance across the dimensions of follow-up care, accessibility, and consistency in care delivery. Initiatives to improve communication between PC and SC professionals in order of promoting mutual knowledge, strengthen professional qualification and joint management of cases were not observed.

Keywords: Health care. Levels of health care. Clinical management. Qualitative research.

Objetivou-se conhecer a percepção de profissionais de saúde sobre a coordenação da atenção entre níveis assistenciais em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Pesquisa qualitativa foi realizada por meio de entrevistas em profundidade, com 51 profissionais de atenção básica (AB) e especializada (AE) quanto à coordenação da gestão clínica e fatores que a influenciam. Os resultados mostraram que, embora se observe compreensão insuficiente do termo Coordenação da atenção entre níveis, há reconhecimento da importância e do esforço em investir nesse processo. A insuficiência de comunicação entre AB e AE é vista como causa e consequência de problemas que dificultam a coordenação da gestão clínica nas dimensões do seguimento, acessibilidade e coerência da atenção. Não se observaram iniciativas de aproximação entre profissionais da AB e AE, no sentido de promover conhecimento mútuo, fortalecer a qualificação profissional e o manejo conjunto dos casos.

Palavras-chave: Atenção à saúde. Níveis de atenção à saúde. Gestão clínica. Pesquisa qualitativa.

^(a, c, d) Grupo de Estudos de Gestão e Avaliação em Saúde, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Recife, PE, Brasil. 50070-550. rpfjesus@gmail.com; marina.mendes@imip.org.br; isabella@imip.org.br
^(b) Faculdade de Medicina de Olinda. Recife, PE, Brasil. ag.santo@yahoo.com.br

Introdução

Entre os países latino-americanos, a exemplo do que acontece em todo o mundo, a coordenação do cuidado é tida como componente essencial de uma atenção primária (APS) abrangente¹⁻³. É um conceito complexo e multidimensional, está entrelaçado com a continuidade e a qualidade da atenção e recebe diferentes definições⁴⁻⁶. Para Starfield⁷, a coordenação é sinônimo de integração dos serviços, mas pode ser compreendida como a articulação dos diversos serviços e ações relacionados à atenção, voltada ao alcance de uma resposta integral^{6,8}. Esta, para alguns autores^{9,10}, só é possível se o cuidado for organizado em redes, definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços, vinculados entre si por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permitem ofertar uma atenção contínua e integral coordenada pela APS. A atenção deve ser prestada no tempo e lugar certo, a um custo corretamente estipulado, com qualidade aceitável, de forma humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica¹¹.

Estudos sobre coordenação do cuidado podem envolver a integração entre serviços em determinado nível de atenção ou entre diferentes níveis, sendo esta última a abordagem assumida neste estudo, para o qual a coordenação foi tomada como a conexão harmoniosa dos diferentes serviços necessários para cuidar de um paciente na sequência dos cuidados¹²⁻¹⁴.

A fragilidade na coordenação entre níveis mostra-se mais evidente na atenção aos pacientes com doenças crônicas, que requerem múltiplos profissionais e diversos serviços. Dentre tais doenças, as não transmissíveis (DCNT) representam um grave problema de saúde pública, sendo responsáveis por 68% das mortes no mundo. O Brasil acompanha esta tendência, onde as DCNT respondem por 74% das mortes, destacando-se: as cardiovasculares (31%), cânceres (17%), respiratórias crônicas (6%) e diabetes (6%)¹⁵.

Mendes¹¹ chama a atenção para o descompasso entre as demandas epidemiológicas do século XXI e a capacidade de resposta dos sistemas de saúde, estruturados a partir de um contexto sanitário prevalente nas primeiras décadas do pós-guerra. Para fazer frente a tal realidade, reformas nacionais vêm sendo promulgadas, com diferenças entre elas, seja no que diz respeito: ao momento de implantação, às estruturas de rede, aos mecanismos de coordenação ou aos resultados obtidos na qualidade dos serviços, dos indicadores de saúde, da satisfação dos usuários, e no controle dos custos¹⁶⁻¹⁸.

No Brasil, os entraves verificados para a efetivação das medidas para integração das redes têm sido atribuídos a diversos fatores, dentre eles: a insuficiência de investimentos necessários à conquista do acesso universal¹⁶ e à forma como se dá o processo de descentralização da saúde, marcada por uma autonomia atomizada dos municípios¹⁷. A Estratégia Saúde da Família, que exerce um papel central na ordenação do acesso aos diferentes níveis do sistema, alcançou expressivo aumento de cobertura, mas não sanou a fragilidade dos mecanismos de referência entre os níveis de atenção¹⁹.

Atualmente, após mais de 25 anos de implantação do SUS, o acesso com integralidade continua sendo um problema a superar e a coordenação entre níveis desempenha importante papel nesse contexto. É possível que o estágio de institucionalização dessa coordenação tenha diferentes graus em cada região do Brasil, e que fatores locais e regionais interfiram, num país tão extenso e desigual. Nesse sentido, a ótica dos atores que atuam nos diversos componentes da estrutura das redes representa fonte de informação relevante.

Nesta pesquisa foram estabelecidas, como objeto de estudo, as redes de atenção à saúde de dois municípios de grande porte do estado de Pernambuco; e como objetivo, conhecer a percepção de ocupantes de cargos administrativos e de profissionais de saúde que desempenham funções assistenciais, sobre a coordenação entre níveis de atenção.

Percurso metodológico

A investigação, de natureza qualitativa, utilizou dados da pesquisa: "Impacto das estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de

saúde da América Latina - EquityLA II", um estudo multicêntrico financiado pela Comissão Europeia, como Ação de Cooperação Internacional Específica (SICA), e coordenado pelo Consórcio de Saúde da Catalunha. Esse estudo tem duração prevista de cinco anos (2014 – 2018) e objetiva avaliar a efetividade de diferentes estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e da qualidade das redes de serviços de saúde em seis países da América Latina. No Brasil, as instituições parceiras são: o Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP e a Universidade de Pernambuco – UPE²⁰.

Os municípios brasileiros selecionados, aqui identificados como A e B, são de grande porte, ou seja, possuem acima de 100 mil habitantes, segundo o IBGE, 2011²¹, e pertencem, respectivamente, às regiões agreste e metropolitana do estado de Pernambuco.

A amostra teórica foi definida em duas etapas:

Na etapa I, selecionaram-se unidades da atenção básica que atendiam a uma área geográfica específica da rede, situadas em área urbana com predominância de população de baixo nível socioeconômico. Para seleção das áreas, utilizaram-se como critérios: a taxa de densidade demográfica, o índice de desenvolvimento humano (IDH) e o interesse dos profissionais em participar da pesquisa. Posteriormente, foram selecionados os centros especializados de referência ao atendimento a pacientes com enfermidades crônicas.

Na etapa II, os critérios para selecionar os perfis dos informantes foram: a atuação i) na Atenção Básica (AB) e Especializada (AE) como médicos e enfermeiros há pelo menos seis meses; ii) na gestão em postos diretamente relacionados à coordenação entre níveis da atenção, tais como: diretores de distrito, gerentes de território, coordenadores de unidade de saúde; iii) em atividades de regulação e apoio institucional de território.

O tamanho da amostra final foi estabelecido com base no critério de saturação (Quadro 1).

Quadro 1. Composição da amostra de informantes para a análise da coordenação entre níveis de atenção em dois municípios de Pernambuco, 2014-2015.

		Rede A	Rede B
Entrevistas individuais	Profissionais da Atenção Básica	10	5
	Profissionais da Atenção Especializada	6	6
	Diretores, Gerentes e Gestores	6	6
	Pessoal administrativo	6	6
	Total	28	23

Conduziram-se entrevistas individuais semiestruturadas utilizando-se guia tópico, com uma seção comum e uma seção específica para cada grupo informante.

O guia incluiu a opinião sobre a coordenação entre níveis nas redes de atenção e os fatores que a influenciam; e o papel dos níveis na atenção aos pacientes e sua relação com a coordenação entre eles.

As entrevistas foram conduzidas no local de trabalho dos informantes, em ambiente reservado, gravadas em áudio e transcritas na íntegra. A coleta transcorreu entre agosto de 2014 e janeiro de 2015.

Os dados foram processados e analisados de acordo com os procedimentos da análise temática de conteúdo, por meio do software ATLAS TI, e cada entrevista foi analisada por dois pesquisadores²². Os dados foram segmentados por município, grupo de informante e temas. A fim de se garantir a qualidade, a informação foi triangulada. Os resultados dos diferentes grupos de informantes foram contrastados entre si e com a literatura.

O projeto de pesquisa foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, protocolos N° 2013/5048/I e 3967-14.

Resultados e discussão

Entendimento acerca da 'Coordenação da Atenção entre níveis'

De modo geral, não foi demonstrada, pelos entrevistados, a compreensão do termo 'Coordenação da Atenção entre níveis' como sendo a articulação de todos os serviços relacionados com a atenção ao paciente, de modo harmônico, para a obtenção de um objetivo comum^{13,8}. A expressão foi, inicialmente, entendida, pelos informantes, como sendo uma instância da cadeia hierárquica de gestão das organizações, necessitando, portanto, ser ressignificada pelos entrevistadores, por meio do uso de aproximações com termos como 'articulação ou integração da atenção básica com a atenção especializada'.

A partir de então, os profissionais informaram não perceber sua presença no cotidiano assistencial, ao passo que os ocupantes de cargos de gestão e gerenciamento defendiam a sua existência com base na ampliação da capacidade instalada e aumento da oferta de procedimentos, ainda que admitissem a necessidade de profundas melhorias para que pudesse tornar-se efetiva.

À medida que as indagações passaram a ser dirigidas aos tipos, dimensões e atributos da coordenação, identificou-se a existência de aspectos mais e menos críticos, a partir de julgamentos comparativos entre eles feitos pelos entrevistados ou com base na evolução desses aspectos ao longo da história recente de funcionamento das redes.

A expressão 'Coordenação da Atenção entre Níveis' é utilizada há mais de uma década na literatura internacional sobre APS e sobre a conformação de redes de atenção, estando presente em publicações científicas e em estudos emitidos por organismos sanitários^{7,23}. No Brasil, embora o termo apareça em trabalhos como os de Almeida e Mendes^{8,24} e em alguns documentos oficiais²⁵, a palavra *integração* tem sido o vocábulo mais frequentemente utilizado.

Conill et al.¹⁶ detectaram uma proliferação de conceitos que facilitam confusões e dificultam sínteses. Martinez et al.²⁶, por sua vez, destacaram a variedade de conceitos sobre coordenação assistencial, o que dificulta a comparabilidade entre resultados obtidos em distintas regiões e países.

Da mesma maneira que observado no estudo de Almeida et al.⁸, identificou-se maior frequência de respostas acerca da não existência da coordenação na fala dos profissionais da assistência. Segundo Vargas et al.²⁷, a formação profissional, que não valoriza a APS como ordenadora do cuidado, dificulta a coordenação em todo o contínuo do cuidado. Esse aspecto, assim como fragilidades na organização do processo de trabalho, contribuiriam não só para que os médicos da atenção básica deixem de exercer adequadamente suas responsabilidades, como, também, para que especialistas não estejam dispostos a colaborar devido à falta de conhecimento e ao pouco valor e confiança que depositam no nível responsável pelos cuidados primários.

Sobre a coordenação da gestão clínica

Ao lado da 'coordenação da informação' e da 'coordenação administrativa', a 'coordenação da gestão clínica' conforma os três tipos nos quais a coordenação da atenção é subdividida^{20,28}. A coordenação da gestão clínica se refere à oferta de atenção de maneira sequencial e complementar, segundo um plano de cuidados compartilhado pelos diferentes níveis de atenção que compreende as dimensões: 'seguimento adequado do paciente', 'acessibilidade' e 'coerência da atenção entre níveis assistenciais'.

O seguimento diz respeito ao acompanhamento do paciente, quando a natureza do episódio motiva o atendimento em diferentes níveis. Um de seus atributos refere-se à existência de um responsável clínico como coordenador desse processo de atenção.

Verificou-se que o discurso dos entrevistados no município A não revelou a identificação de tal responsável. "[...] acaba que o paciente não tem uma continuidade na assistência, ele é visto aqui de uma forma por um profissional e lá na atenção básica ele acaba sendo visto de outra forma.[...]. É como se ele tivesse sendo visto por pedaços né?!" (Apoio Institucional, AE, Município A).

Também se observaram variadas compreensões acerca de quem deveria assumir a responsabilidade, não se estabelecendo consenso a respeito.

"[...] Eu acho que a responsabilidade técnica desse cuidado é da equipe de saúde da família [...]" (Gestor, AB, Município A)

"Eu acho que são os dois na verdade (os médicos da AB e da AE). Não tem como responsabilizar uma pessoa só..." (Médica, AB, Município A)

No município B, verificou-se que os profissionais da Atenção Básica (AB) são vistos como responsáveis pelo seguimento do paciente entre os níveis de atenção. Essa atribuição recai, segundo alguns entrevistados, sobre a equipe, de modo indistinto.

"Eu acho que se ele tem uma atenção básica, tem a equipe de PACS/PSF. Eu acho que toda equipe é multiprofissional, todos eles são responsáveis pela paciente." (Enfermeira, AE, Município B)

Para os gerentes e médicos da Atenção Especializada (AE), essa responsabilidade caberia a determinadas categorias profissionais da AB.

"Eu acho que o responsável mesmo seria o médico da atenção básica, porque ele vai ver o paciente como um todo. Ele vai receber as informações das outras especialidades que forem necessárias. É o que estaria, assim, mais capacitado para ver o paciente como um todo." (Médica, AE, Município B)

"É o enfermeiro do PSF e do PACs. [...] existe o médico, mas o PACs não tem o médico. Então a autonomia na equipe é o enfermeiro, [...] mesmo sendo PSF, dificilmente é o profissional médico; quem faz a ponte toda de ação é o enfermeiro." (Gerente, AE, Município B)

A exemplo do município A, os relatos manifestam mais a visão dos entrevistados acerca de quem deveria ter a responsabilidade clínica, do que a identificação da presença efetiva de um profissional que mantenha o acompanhamento do paciente enquanto este transita entre os níveis.

Para Starfield⁷, os profissionais da AB seriam os mais indicados para se responsabilizarem pelo percurso terapêutico do usuário na maior parte dos episódios de adoecimento. Outros autores mostram-se reticentes a esse respeito, duvidando que o modelo de APS vigente possa dar conta de funções como esta e outras relacionadas à ordenação de fluxos na rede^{29,30}. Defendem a ampliação da capacidade resolutive como forma de abranger o cuidado comunitário e certos procedimentos, antes exclusivos da atenção de segundo e terceiro nível, como: pequenas cirurgias, diagnose, urgências, dentre outros. Além disso, seriam necessários mais recursos e programas regulares de educação continuada para lhes dar maior prestígio e reconhecimento.

A insuficiência de comunicação entre AB e AE como parte da dinâmica de seguimento do paciente é justificada de diferentes formas pelos entrevistados, sendo apresentada como causa e consequência de problemas que dificultam a coordenação da atenção entre níveis.

No município B, observou-se a percepção de profissional da AE que, uma vez recebido um encaminhamento, assume a condução do caso. Entende que, a partir de então, o contato com a AB ficaria destituído de qualquer utilidade prática, assim como o retorno do paciente para seguimento na unidade básica (UBS).

"[...] o paciente acaba ficando com a gente, entende? [...] eu não vou devolver o doente. Do ponto de vista do diabetes ele é meu agora. Não foi encaminhado? É como se, na minha

opinião assim, lá não estivessem conseguindo compensar o doente e mandaram para cá, então eu vou ficar acompanhando.” (Médica, AE, Município B)

Profissionais que atuam em postos de gestão e gerenciamento nessa rede apresentam, como causa dessa dificuldade, a falta de confiança dos especialistas nos colegas da AB, os quais, dentre outras coisas, manteriam as prescrições do especialista, atualizando tão somente as datas das receitas.

“E a gente identifica que a referência e a contrarreferência não acontecem a contento porque muitos médicos da média complexidade não confiam na atenção básica. Aí o paciente chega aqui, numa unidade de média complexidade, e se vincula a ela e não sai mais. [...] ou ele acha muito cômodo ficar atualizando receita, enfim, fazendo um trabalho meramente burocrático, entendeu?!” (Gerente, AE, Município B)

É possível verificar a relação entre as dimensões ‘seguimento’ e ‘coerência’, esta última correspondendo à existência de aproximações e objetivos comuns de tratamento por parte dos profissionais dos diferentes níveis de atenção^{20,28}. Isso visa a assegurar a pertinência da transferência do paciente de um nível a outro, bem como a inexistência de duplicação de exames, de consultas e de contraindicação de medicamentos.

Os médicos especialistas relataram encaminhamentos desnecessários feitos pelos médicos da AB, gerando deslocamentos inúteis dos pacientes e acompanhantes, e subtração de vagas da AE que poderiam ser disponibilizadas a pacientes com indicação precisa. Também citam encaminhamentos feitos pela AB para unidades especializadas que não têm perfil assistencial para a resolução do caso.

“Eu vou mandar para lá, pelo menos ele é visto pelo endócrino; não vai resolver, mas vai ser visto pelo endócrino (pensamento atribuído ao médico da AB)..., ou seja, aquele paciente que eu fiquei avaliando para dizer que não era daqui, deixei de atender um diabético que precisa ir para insulino terapia, porque não conseguiu vaga.” (Médica, AE, Município B)

Tal questão também emergiu das falas dos entrevistados do município A, onde um médico especialista contradiz a opinião de um colega da AB que entende existir coerência da atenção entre níveis. O especialista informa que essa aparente concordância ocorre porque o médico da AB não assume outra conduta a não ser a de encaminhar para a AE.

“[...] Geralmente, o médico da atenção básica ele se exime do problema, [...] para não se responsabilizar, muitas vezes, ele fica mantendo só o que o especialista disse que é, como se ele tivesse a chancela do especialista para lhe dar mais garantia. Então, dificilmente tem contradição.” (Médico, AE, Município A)

Referências às tensões e estranhamentos entre generalistas e especialistas, citados como o que dificultam a coordenação, aparecem tanto nos relatos sobre sistemas de atenção à saúde em outros países como nos textos que abordam o caso brasileiro, embora não seja um tema fartamente estudado com a profundidade merecida^{27,18}. Os autores levantam explicações para o fato, e uma delas diz respeito à cultura estabelecida no meio médico segundo a qual o conhecimento do generalista estaria sempre aquém do especialista, concepção amplamente refutada por McWhinney e Freeman³¹ como sendo um equívoco epistemológico.

Apoiadores institucionais que atuam no município A identificam duplicações de procedimentos de natureza diagnóstica e terapêutica, problema citado como bastante recorrente no que diz respeito à prescrição medicamentosa:

“[...] eu acho que o paciente acaba sendo mal conduzido, porque cada um vê o paciente de uma forma e, muitas vezes, pode até ser que repita o que o paciente já esteja fazendo em um serviço e o outro acaba prescrevendo a mesma coisa, muitas vezes, sem ter esse conhecimento

mais aprofundado, sem ter nada por escrito, nenhum papelzinho que realmente prove que o paciente está fazendo uso." (Apoio institucional, AE, Município A)

No município B, houve relatos que demonstram a falta de reconciliação de tratamentos, outro atributo da coerência entre os níveis de atenção^{20,28}. Profissionais da AB revelaram mudanças feitas em suas prescrições pelos médicos da AE, substituindo nomes comerciais dos medicamentos, ainda que mantendo os mesmos fármacos. Se o procedimento não for devidamente explicado ao paciente, este ficará com a impressão de que a conduta do médico da AB está sendo modificada, o que pode confundir-lo e deixá-lo inseguro em relação ao acompanhamento do generalista.

Por outro lado, a reconciliação de tratamentos também não é cogitada pelos especialistas, que, ao observarem divergências entre condutas, insistem que o paciente deve, simplesmente, desconsiderar a prescrição feita pelo médico da AB.

"Então eu faço uma receita, o médico da atenção básica modifica e enfim, não há uma comunicação, não há uma ajuda. Então, o próprio paciente fica meio perdido, porque não sabe quem seguir. Então, eu acho que não há atividades complementares; ficam os dois disputando por uma conduta, uma prescrição e, inclusive, eu sou bem enfática: "olhe em relação ao diabetes, siga a minha orientação! Né! Eu sou especialista!" (Médica, AE, Município B)

Os erros no manejo dos casos e na referência para a AE levantados na pesquisa pelos especialistas poderiam ser debitados na conta do modelo de formação dos médicos no Brasil, assunto abordado por Mendes³² e McWhinney e Freeman³¹, que destacam a necessária mudança curricular e metodológica, propiciando, desde a graduação, vivências para uma formação profissional generalista com uma visão ampliada da clínica e senso de responsabilidade social.

Martinez et al.²⁶ abordam a questão a partir da separação histórica entre as diferentes práticas profissionais e da forma fragmentada como até hoje são formados os trabalhadores da saúde, o que contribuiria para que certas categorias se sentissem senhoras de todo o processo assistencial, com resistência a rever seus valores.

Quanto à 'acessibilidade', dimensão que se refere à garantia de atenção sem interrupções entre níveis assistenciais de acordo com a necessidade do paciente^{20,28}, emergiu, em ambos os municípios, como sujeita a sérias dificuldades.

O problema, no entanto, não foi referido para todas as especialidades com a mesma intensidade, respondendo indistintamente à disponibilidade de especialistas atuando no território das redes municipais de saúde.

No município A, muitos pacientes não estariam conseguindo atendimento em tempo oportuno, permanecendo em filas de espera no sistema de regulação, o que interrompe sua trajetória assistencial.

"[...] tem gente que chegou a dizer que já esperou quase três anos para ter uma consulta de 15 minutos comigo aqui!" (Médico, AE, Município A)

Essa dificuldade de acessar a AE é vista como associada à desproporção entre oferta e demanda para determinadas especialidades.

"[...] a referência para o nível secundário, ela em alguns casos... é, vamos dizer assim, não tão difícil. Como por exemplo, encaminhamento para endocrinologista não é tão difícil, porque a quantidade que é encaminhada é pequena. Pneumologista também não é tão difícil. Eu acredito que, em torno de um mês, se consigam as consultas com esses especialistas. Mas, já outros tipos de referência, como, por exemplo, oftalmologista, psiquiatra... aí complica mais. Às vezes, não se consegue mesmo." (Médico, AB, Município A)

Além da necessidade de ampliação da oferta de procedimentos especializados, outra causa já citada pelos especialistas seria o encaminhamento desnecessário para consultas e exames no segundo

nível da atenção, gerando sobrecarga de demanda. No entanto, para os médicos da AB, uma maior autonomia dos médicos generalistas para o manejo de certos casos seria uma condição redutora do número de encaminhamentos para AE.

A restrição imposta aos médicos da AB para solicitação de determinados exames também é apresentada como uma das causas. A insuficiência do número de vagas para consultas especializadas é atribuída, ainda, ao descumprimento dos horários de trabalho por parte dos profissionais.

Ainda sobre a relação desfavorável entre oferta e demanda por consulta especializada, a pesquisa registra uma única opinião a respeito do descumprimento de horários por parte de médico especialista, condição que não pode ser desprezada, uma vez que se trata de problema tão conhecido quanto silenciado pelas equipes de saúde e gerentes, ao qual a literatura disponível tem dedicado pouco espaço, limitando-se à apresentação e discussão dos aspectos normativos.

Estudos realizados em município do nordeste brasileiro também identificaram problemas na continuidade da atenção, como: a ausência de acolhimento para organizar a demanda segundo critérios de necessidades clínicas; falta de médicos nas USF; agendamento de consultas segundo distribuição de senhas; ausência de estratégias e baixa resolubilidade³³. Tais aspectos contribuem para dificultar o acesso da população que procura os serviços e o atendimento oportuno para os problemas de saúde³⁴.

Embora o aumento da capacidade instalada seja visto, pelos que ocupam cargos de gestão e gerenciamento, como resposta aos problemas de coordenação, tal solução é aceita apenas em parte por Solla e Paim³⁵. Para esses autores, a expansão desses números tem como motivação as necessidades de procedimentos especializados decorrentes do aumento de cobertura da AB, onde as solicitações nem sempre obedecem a processos e instrumentos regulatórios efetivos, a exemplo da utilização de protocolos assistenciais.

Problemas de acessibilidade também foram citados como causas de complicações do estado de saúde do paciente.

“O paciente fica perdido nesse caminho, ele vai ficar indo e voltando e, às vezes, pode culminar com um agravamento da doença. Se for uma doença crônica, ele pode vir a óbito, e não é por falta de assistência. [...]” (Apoio institucional, AB, Município B)

Tais complicações são reportadas dessa forma por profissionais de saúde que atuam no município A:

“[...] a gente tem muitos diabéticos, muitos deles já com vasculopatia ou neuropatia diabética; a gente tenta encaminhar, mas não consegue. Então a gente termina ficando com esse paciente, esperando uma complicação, porque a vasculopatia é uma complicação. Então, a gente espera a complicação maior, uma úlcera, uma isquemia para conseguir essa vaga.” (Médico, AB, Município A)

Os entrevistados que atuam no Município B informam que os problemas de acessibilidade não se restringem às consultas e exames, mas, também, à dispensação dos medicamentos.

“[...] então, muitas vezes, ele precisa de um encaminhamento para um tratamento, mas não consegue, a medicação não está disponível, estamos com falta de alguma medicação no sistema central; então, tudo isso interfere para a qualidade da assistência.” (Apoio institucional, AB, Município B)

É inegável, portanto, a frequência e recorrência com que a acessibilidade é citada pelos entrevistados, assumindo o *status* de principal elemento a dificultar uma efetiva coordenação da atenção entre níveis. Almeida et al.⁸ destacam, em seu artigo sobre a coordenação do cuidado em quatro capitais brasileiras, que a descentralização da atenção secundária com organização de fluxos assistenciais é uma das estratégias para ampliar o acesso e a integração da rede, facilitando o acesso em tempo oportuno e a diminuição de barreiras financeiras para os usuários.

A percepção dos entrevistados revela tanto a existência de problemas na coordenação da atenção como o esforço no sentido de conter a fragmentação da rede. Com diferentes níveis de evolução, tal fato tem sido observado no Brasil e em outros países do mundo, não se constituindo em problema novo. Silva³⁶, citando um documento da Organização Panamericana de Saúde sobre redes integradas de serviços, reforça que o problema já se constituía em preocupação para os países desenvolvidos desde as primeiras décadas do século passado, conforme demonstra o Relatório Dawson, de 1920.

A centralidade que o tema vem ocupando nas últimas décadas em todo o mundo deve-se à elevação da demanda de doentes crônicos e à necessidade de otimização entre custo e eficácia na prestação da atenção. Na Europa, as reformas pró-coordenação vêm ocorrendo desde a década de 1990, sendo estas um dos motivos pelos quais a produção científica a respeito é bem mais alentada do que na América Latina, onde as reformas a esse respeito são ainda incipientes⁸.

No caso do Brasil, Silva³⁶ comenta que a integralidade, finalidade última da coordenação da atenção, é um elemento fundamental da construção do SUS, mas talvez seja um dos seus pilares mais frágeis. Mostra-se onipresente em suas bases legais, embora sua efetivação enfrente sérias dificuldades de natureza política, administrativa, financeira e até cultural.

Em que pese o porte dos municípios estudados e das redes de saúde que eles coordenam e operam, não foi identificada, pelos entrevistados, a prática de iniciativas visando à aproximação dos profissionais da AB e da AE com o objetivo de: promover o conhecimento mútuo, o intercâmbio para fortalecer a qualificação profissional, a troca de informações sobre o paciente e o manejo conjunto de casos. Há, portanto, uma clara necessidade de implantar ou melhorar os mecanismos de coordenação da rede com base em comunicação direta entre os profissionais, tais como: sistema *expert*, grupos de trabalho multidisciplinares, instrumentos para comunicação informal. Tais mecanismos, além de melhorarem o diagnóstico e monitoramento da capacidade da AB, servem para criar espaços para estreitar as relações diretas entre os profissionais^{27,37}.

Conclusões

Os achados da pesquisa aqui relatada vêm contribuir para a produção de conhecimento sobre a coordenação entre níveis de atenção à saúde a partir das opiniões dos profissionais que atuam em dois municípios de grande porte da Região Nordeste do Brasil.

É importante destacar que o incipiente quantitativo de estudos no Brasil com foco nesse objeto e sobre os fatores que o influenciam dificulta a comparação dos achados. Acrescente-se o fato de que as metodologias dessas investigações diferem entre si, seguindo, com frequência, a linha dos estudos quantitativos. Essas limitações devem ser tomadas em conta na interpretação dos resultados e na sua transferência para outros contextos.

Ainda assim, é possível verificar que algumas dificuldades são comuns, como: a de se obter um efetivo exercício da referência e contrarreferência e do acesso aos exames, sobretudo os de imagem, bem como de consultas em determinadas especialidades.

A exemplo de outras pesquisas, é patente o reconhecimento da importância da coordenação pelos informantes e o esforço que alegam investir nesse processo. Ao mesmo tempo, fica demonstrado que os profissionais envolvidos enxergam a coordenação como algo ainda distante do cotidiano das redes.

Também ficou evidenciada a tensão verificada entre médicos da AB e da AE pelas críticas de lado a lado. O desenvolvimento de mecanismos de aproximação entre essas categorias, visando a um trabalho cooperativo, não foi registrado pelos entrevistados.

Um achado que não é comum nas pesquisas nacionais diz respeito ao aprofundamento das causas dessa difícil convivência profissional, gerando razões que indicam a necessidade de estudos dirigidos para identificar a possível interferência, nessa realidade, de fatores ligados: ao mercado de trabalho, à formação acadêmica e aos valores que definem a representação social acerca do generalista e do especialista. São fatores que desafiam a eficácia de medidas mais imediatas, como o uso de tecnologias facilitadoras da comunicação de informação sobre os pacientes.

Colaboradores

Renata Patrícia Freitas Soares de Jesus: coordenou e participou da coleta dos dados, da análise dos dados e da redação do artigo; participou ativamente da discussão dos resultados; participou da revisão e aprovação da versão final do trabalho. Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo: participou da análise dos dados e da redação do artigo; participou ativamente da discussão dos resultados; participou da revisão e aprovação da versão final do trabalho. Marina Ferreira de Medeiros Mendes: participou da coleta dos dados, da análise dos dados e da redação do artigo; participou ativamente da discussão dos resultados; participou da revisão e aprovação da versão final do trabalho. Isabella Chagas Samico: participou da elaboração do projeto, da coleta dos dados, da análise dos dados e da redação do artigo; participou ativamente da discussão dos resultados; participou da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Organização Panamericana de Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Washington, DC: WHO; 2005.
2. World Health Organization. Primary Health Care. Now more than ever. Geneva: WHO; 2008. The World Health Report 2008.
3. Haggerty JL, Yavich N, Báscolo EP. Grupo de consenso sobre un marco de evaluación de la atención primaria en américa latina. Un marco de evaluación de la atención primaria de salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26(5):377-84.
4. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003; 327:1219-21.
5. Núñez RT, Lorenzo IV, Naverrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006; 20(6):485-95.
6. Almeida PF, Giovanella L, Nunan BA. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. *Saude Debate*. 2012; 36(94):375-91.
7. Starfield B. Atenção primária - equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.
8. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafio à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*. 2010; 26(2):286-98.
9. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*. 2010; 14(34):593-605.
10. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: OPAS; 2011.
11. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saude Colet*. 2010; 15(5):2297-305.
12. Terraza-Núñez R, Vargas I, Vázquez ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006; 20(6):485-95.
13. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, Mogollón AS, Silva MR, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 26(4):360-7.
14. Vargas I, Vázquez ML, Henao D, De Campos C. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud. Barcelona: Consorci de Salut i Social de Catalunya (CSC), OPS; 2011.
15. World Health Organization. Global status report on non-communicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014.

16. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saude Mater Infant.* 2010; 10(1):14-27.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
18. Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Cienc Saude Colet.* 2011;16(1):1081-96.
19. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de saúde da família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica.* 2007; 21:164-76.
20. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in diferent healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open.* 2015; 1-5.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Indicadores sociais municipais. Rio de Janeiro: IBGE; 2011.
22. Gilson L, editor. Health policy and systems research: a methodology reader. Geneva: WHO, Alliance for Health Policy and System Research; 2012. p. 19-39.
23. Saltmann RB, Rico A, Boerma W, editors. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. European observatory on health systems and policies series. Berkshire: Open University Press; 2006.
24. Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.
25. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União.* 21 Out 2011.
26. Martinez DH, Navarrete MLV, Lorenzo IV. Factores que influyen en la coordinación entre niveles asistenciales según la opinión de directivos y profesionales sanitarios. *Gac Sanit.* 2009; 23(4):280-6.
27. Vargas I, Mogollón-Pérez AS, De Paepe P, Ferreira da Silva MR, Unger JP, Vázquez ML. Barriers to healthcare coordination in market-based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. *Health Policy Plan.* 2016; 31(6):736-48.
28. Aller MB, Vargas I, Codersh J, Calero S, Cots F, Abizanda M, et al. Development and testing of indicators to measure coordination of clinical information and management across levels of care. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15:323.
29. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica.* 2011; 9(2):84-95.
30. Watson DE, Broemeling AM, Reid RJ, Black CA. Results-based logic model for primary health care: laying an evidence-based foundation to guide performance measurement, monitoring and evaluation. Vancouver: Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia; 2004.
31. McWhinney I, Freeman T. Manual de medicina da família e comunidade. 3a ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

32. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: OPAS; 2012.
33. Sousa FOS, Medeiros KR, Gurgel Júnior GD, Albuquerque PC. Do normativo à realidade do Sistema Único de Saúde: revelando barreiras de acesso na rede de cuidados assistenciais. *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(4):1283-93.
34. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e na utilização de serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, Cebes; 2008. p. 215-45.
35. Solla JJSP, Paim JS. Relação entre a atenção básica, de média e alta complexidade: desafios para organização do cuidado no Sistema Único de Saúde. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p. 343-52.
36. Silva SF. Organização das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Cienc Saude Colet*. 2011; 16(6):2753-62.
37. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saude Debate*. 2014; 38:279-95.

Jesus RPF5, Espírito Santo ACG, Mendes MFM, Samico IC. Percepción de los profesionales sobre la coordinación entre niveles de atención a la salud en dos municipios de gran porte del Estado de Pernambuco, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):423-34.

El objetivo fue conocer la percepción de profesionales de salud sobre la coordinación de la atención entre niveles asistenciales en dos municipios del Estado de Pernambuco, Brasil. Se realizó encuesta cualitativa, realizada por medio de entrevistas en profundidad, con 51 profesionales de atención básica (AB) y especializada (AE) en relación a la coordinación de la gestión clínica y factores que influyen sobre ella. Los resultados mostraron que, a pesar de observarse una comprensión insuficiente del término Coordinación de la atención entre niveles, hay un reconocimiento de la importancia y del esfuerzo de la inversión en ese proceso. La insuficiencia de la comunicación entre AB y AE es vista como causa y consecuencia de problemas que dificultan la coordinación de la gestión clínica en las dimensiones del seguimiento, capacidad de acceso y coherencia de la atención. No se observaron iniciativas de aproximación entre profesionales de la AB y de la AE en el sentido de promover el conocimiento mutuo, fortalecer la calificación profesional y el manejo conjunto de los casos.

Palabras clave: Atención a la salud. Niveles de atención a la salud. Gestión clínica. Encuesta cualitativa.

Submetido em 31/01/17. Aprovado em 11/09/17.

Concepções sobre práticas alimentares em mulheres de camadas populares no Rio de Janeiro, RJ, Brasil:

transformações e ressignificações

Tatiana Coura Oliveira^(a)
 Dina Czeresnia^(b)
 Eliane Portes Vargas^(c)
 Denise Cavalcante de Barros^(d)

Oliveira TC, Czeresnia D, Vargas EP, Barros DC. The food practice concepts of Rio de Janeiro's lower class women: transformation and reinterpretation. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):435-46.

The present qualitative study concerns the food practice concepts and meanings of lower-class overweight women. Issues associated with social and cultural conditions in urban areas are part of a transformation process marked by lack of time and the quest of convenience. Ultra-processed food, although seen as unnecessary in the past are nowadays considered a basic staple by the lower class in Rio de Janeiro. This new reality confronts the contemporary discourse about healthy eating, which is focused on the demand for consuming "healthier" products. Such scenario demands the informants a constant reinterpretation about the act of "eating", oscillating between pleasure and guilt. The current study discusses the need of understanding these expressions based on a restricted framework of possibilities determined by micro and macro-social aspects. These aspects shape the contemporary mode of food production and distribution in our society.

Keywords: Food practices. Culture. Overweight.

Nesta pesquisa de cunho qualitativo buscou-se compreender as concepções e os sentidos atribuídos às práticas alimentares por mulheres de camadas populares com excesso de peso. Questões associadas às condições sociais e culturais da vida urbana configuram um processo de transformações marcado pela escassez de tempo e de busca de praticidade. Produtos ultraprocessados, antes vistos como supérfluos, são agora considerados básicos na alimentação desse grupo de mulheres no Rio de Janeiro. Esta realidade se confronta com o discurso contemporâneo da alimentação saudável que, ao fomentar uma demanda de consumo de produtos considerados benéficos à saúde, exige das informantes constantes ressignificações em relação ao "comer" que oscilam entre o prazer e a culpa. Discute-se a necessidade de compreender tais expressões dentro de um quadro de possibilidades restrito e determinado por aspectos micro e macrosociais que conformam os modos contemporâneos de produção e distribuição de alimentos em nossa sociedade.

Palavras-chave: Práticas alimentares. Cultura. Excesso de peso.

^(a) Instituto de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Viçosa. Rodovia MG-230, Km 7, Campus de Rio Paranaíba. 38810-000. Rio Paranaíba, MG, Brasil. tatiana.coura@ufv.br

^(b) Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. dina@ensp.fiocruz.br

^(c) Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. epvargas@ioc.fiocruz.br

^(d) Tecnologista em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. barrosdc@ensp.fiocruz.br

Introdução

O desenvolvimento econômico e o progresso em relação à produção, conservação e distribuição reduziram consideravelmente dificuldades que pesavam sobre a disponibilidade alimentar instalando, de maneira durável, um cenário social de maior abundância nas sociedades ocidentais¹. Na atualidade há maior acesso a alimentos, bem como a informações, serviços e ações de saúde em comparação à situação de décadas passadas²⁻⁴. Entretanto, essa maior disponibilidade não correspondeu necessariamente a uma melhora no padrão alimentar das famílias brasileiras⁵. Observou-se, apesar da importante redução nos indicadores de desnutrição infantil e déficit estatural, uma nova forma de carência alimentar⁴. Isto porque alimentos calóricos, mas pobres do ponto de vista nutricional passaram a fazer parte da alimentação⁶.

Mudanças nos hábitos alimentares favoreceram o crescimento dos indicadores de excesso de peso e obesidade, incorporados tanto como parte de um determinado modo de vida, bem como em consequência dele⁷. Apesar dos dados epidemiológicos evidenciarem o aumento generalizado do problema independentemente do sexo em diferentes níveis socioeconômicos, sua face mais acentuada se apresenta entre as mulheres. Situação agravada entre aquelas de menor renda seja por sua baixa flexibilidade em relação à aquisição de alimentos ou ainda por inequidades relativas ao acesso a serviços, ou à possibilidade de exercerem hábitos considerados saudáveis^{8,9}. Hoffmann¹⁰ evidenciou que mulheres negras, com baixa escolaridade e renda, múltiparas e em condições de vida urbana têm maior probabilidade de ser obesas.

Estudos socioculturais, ao privilegiarem abordagens compreensivas da alimentação, podem lançar luz sobre questões ainda pouco exploradas, relativas a aspectos culturais da realidade social que se conectam ao cotidiano da vida das pessoas. A cultura aqui é entendida como um conjunto de significados e símbolos compartilhados que modelam as práticas alimentares se manifestando de modo diferenciado entre os grupos sociais. Como uma teia de representações permeáveis às mudanças, ela funciona como uma matriz de percepção, interpretação e ação que conecta memória e tradição às novas experiências alimentares¹¹. Tais concepções e práticas alimentares contemporâneas se caracterizam pelo desequilíbrio entre a extensa cadeia produtiva e questões relacionadas à acessibilidade, palatabilidade, comunicação e publicidade, que interferem nas decisões de aquisição e consumo. Portanto, as questões relativas à alimentação não podem ser apreendidas por uma perspectiva atenta unicamente aos processos mais amplos e macrosociais desta mesma realidade. Por outro lado, pensar o consumo a partir dos pressupostos de uma escolha racional, na qual os indivíduos de camadas populares selecionam e consomem alimentos exclusivamente a partir de preferências e/ou constrangimentos financeiros seria simplificar muito a questão. Neste sentido o objetivo deste artigo é descrever como as mudanças e as permanências nas práticas alimentares se configuram em relação aos próprios modos de vida a partir da narrativa de mulheres em situação de sobrepeso e obesidade.

Metodologia

Este estudo adota uma abordagem qualitativa de cunho etnográfico visando compreender como as mudanças nas práticas alimentares cotidianas de um grupo de mulheres de camadas populares estão associadas ao crescimento da obesidade enquanto problema de saúde pública¹². Foram realizadas vinte e uma entrevistas entre setembro e novembro de 2015, com usuárias em um Centro de Saúde situado em um conjunto de comunidades da zona Norte do Rio de Janeiro, adotando-se o princípio da saturação das questões abordadas na composição do estudo¹³. Houve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa.

Caracterização das informantes

Em relação ao diagnóstico nutricional, dentre as 21 entrevistadas 18 possuíam obesidade em seus diferentes níveis: grau I (n = oito), grau II (n = cinco) e grau III (n = cinco), e as demais (n = três) tinham sobrepeso. Com idades compreendidas entre 23 e 64 anos, parte das informantes era proveniente da zona rural nordestina (n = cinco), ou zona rural do Espírito Santo (n = um), ou ainda do interior do Rio de Janeiro (n = um) cujas histórias singulares de migração aconteceram como tentativas de melhores condições de vida; as demais (14) haviam nascido na própria comunidade ou periferia urbana do Rio de Janeiro, sendo possível encontrar alguns relatos de migração dos pais (dois) ou avós paternos ou maternos (três) vindos, em sua maioria, do interior de outros estados brasileiros.

Nos arranjos familiares houve um predomínio do tipo mulher e cônjuge com filhos, sendo mais frequente a união consensual com início na juventude. Havia ainda duas entrevistadas solteiras com filhos, uma viúva e uma com o marido no cárcere.

Em relação à ocupação, treze entrevistadas trabalhavam no setor formal em atividades como limpeza e serviços gerais (seis), serviços de saúde (quatro), cozinheira (um), auxiliar de escritório (um), técnica em enfermagem (um). Entre aquelas ligadas ao setor informal de trabalho, três exerciam serviços de limpeza em domicílios, uma era manicure e uma catadora de material reciclável. Havia duas pensionistas do Instituto Nacional do Seguro Social (uma por tempo de contribuição; outra por viuvez) e uma desempregada. O salário destas mulheres era a única fonte de renda para uma considerável parte das famílias (n = nove), sendo também importante na complementação financeira das demais (n = 12). Quanto à escolaridade, apesar de estarem majoritariamente inseridas em ocupações com menor exigência escolar, há um predomínio de mulheres com ensino médio completo (n = dez), seguido de ensino fundamental (n = sete) e ensino superior (n = três), completo ou incompleto. Apenas uma das informantes relatou nunca ter frequentado uma escola apesar de não ser analfabeta.

Resultados e discussão

Transformações, permanências e incorporações nas práticas alimentares

O processo de incorporação de novos alimentos pode ser explicado a partir da perspectiva de Bourdieu e de sua análise cultural mediante o conceito de *habitus*¹¹, definido como “um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, de apreciações e de ações”. Este conceito fornece o caminho para a compreensão de que as escolhas individuais são orientadas e permeáveis a transformações sociais advindas, por exemplo, do modo de vida urbano expresso nas diferentes formas de abastecimento e organização do tempo, trabalho e lazer, bem como na individualização do consumo, dentre outras questões. O estudo dos fenômenos sociais deve considerar as complexas relações entre indivíduo e sociedade, nas quais os aspectos sociais, culturais e simbólicos se encontram imbricados.

Deste modo aponta-se a relevância do contexto sociocultural na análise das concepções e práticas alimentares de mulheres de camadas populares.

Examinando as variações de tempo e memória nas narrativas das entrevistadas, duas formas básicas de consumo alimentar foram observadas: uma tradicional, ligada ao manejo da terra, presente na lembrança daquelas que migraram para o Rio de Janeiro; e uma agroindustrial, marcada pela mercantilização do alimento, já articulada aos modos de vida das informantes que viviam na periferia urbana, e inserida aos daquelas que chegaram. Esses dois modelos são aqui considerados de modo não excludentes, sendo apresentados separadamente apenas para efeito de análise. As narrativas apresentam-se heterogêneas, onde para algumas entrevistadas as memórias estavam ligadas à escassez e fome, entretanto para outras, quando as condições financeiras familiares eram melhores, remetiam à fartura tanto nas situações vividas no meio rural ou urbano. Nesta direção é importante sinalizar a expressão destes modos diferenciados de consumo alimentar tendo em vista a delimitação do universo do estudo.

Não. Não. Se eu disser pra você que eu já passei fome eu tô mentindo. [...] não tinha luxo. [...] Mas comida, nunca faltou não. [...] comia feijão mulatinho [...]. (E1, 45 anos, migrante da zona rural)

[...] Minha mãe fazia uma carne assada com macarronada. Carne assada com feijão bem temperado. [...] Antigamente era muito bom. (E9, 51 anos, nascida na zona urbana)

Maciel¹⁴ aponta que as marcas sociais e culturais relativas à construção identitária, no que tange à alimentação dos brasileiros, encontram-se relacionadas ao consumo do arroz e do feijão. Quanto às informantes do estudo, a prática alimentar esteve associada ao consumo de feijão de acordo com as variedades regionais. O arroz poderia ainda ser substituído por farinha, mas não o feijão, tendo em vista sua centralidade na categoria “comida”. Comida era arroz com feijão, farinha com feijão, ou somente feijão em situações de precariedade alimentar. Todos os outros alimentos que poderiam compor a refeição eram agrupados numa outra categoria chamada ‘mistura’. Mistura é um termo que se refere a qualquer preparação à base de ovos, carne, vegetais ou outros alimentos que podem compor uma refeição, sua ausência refere-se a uma alimentação empobrecida¹⁵. Os relatos evidenciaram, na maioria dos casos, uma condição de não satisfação das necessidades básicas:

Era difícil. Tinha dia que comíamos só feijão e farinha. [...] Sabe, meu avô trabalhava em engenho e quando não tinha mistura, a gente comia arroz, feijão e rapadura. E a gente ficava satisfeito. (E11, 33 anos, migrante da zona rural)

Teve épocas que a situação era bem difícil. [...] Teve dias que a gente passava fome mesmo. [...] (E8, 36 anos, nascida na zona urbana)

A pobreza e a miséria se ligavam objetiva e simbolicamente a uma determinada forma de comer: nem tudo o que alimentava era comida. A noção de alimento estava ligada a qualquer substância nutritiva necessária à sobrevivência, enquanto a de comida estava atrelada a representações sociais e culturais¹⁶.

a gente comia era inhame de porco... era banana verde. [...] A gente cozinhava pros bichos e tirava para nós... Era mandioca aguada. [...] nós passamos uma vida muito difícil, muito. (E6, 64 anos, migrante da zona rural)

Meu tio trouxe estas coisas da xepa [...]. Aí meu primo fez esta sopa de entulho pra gente comer até que minha mãe voltasse. (E8, 36 anos, nascida na zona urbana)

Estratégias como as descritas acima estão presentes na literatura. Sertanejos em tempos de escassez transformavam alimentos resistentes à seca, que não faziam parte da alimentação cotidiana, em ‘iguaria bárbara’ para não morrerem de fome¹⁷. Nesse sentido, o inhame rosa, também conhecido como inhame de porco, foi transformado e apropriado pela cultura como uma ‘iguaria bárbara’, tendo seu consumo autorizado em tempos difíceis.

O tipo de acesso e os constrangimentos financeiros expressavam ainda classificações e modos de distinção relacionada à condição de pobreza¹⁸. Comer carne todos os dias separava os pobres dos não pobres. Considerada ‘forte’ e boa para a saúde, a ausência de carne nas refeições personificava a própria carência¹⁵. Independentemente do valor nutricional das vísceras, ricas em ferro e fósforo; o consumo de carne, produto caro e de raro acesso, conferia distinção a quem podia adquiri-la.

eu comi muito bofe assado na brasa. Cozido no feijão... tripa de boi, os miúdos do boi... eles matam o boi, tira tudo o que tem dentro do boi... bucho, fígado, coração. Os pessoal da roça, aqueles bem pobrezinho mais... come isso [...]. (E13, 54 anos, migrante da zona rural)

tipo assim, que fazia qualquer tipo de comida. Assim o necessário, entendeu? Então a gente comia, assim como pobre, mas digno. (E4, 56 anos, nascida na zona urbana)

Trabalhos realizados com populações urbanas entre as décadas de 1970 e 1980 mostram que nas camadas populares a noção de comida também se articulava às categorias saúde e trabalho¹⁵. A força adquirida por meio da comida forneceria saúde e condição suficiente para a realização das tarefas diárias; assim a pobreza, bem como a doença, estaria ligada à incapacidade de trabalhar e adquirir comida¹⁸.

Nas narrativas das entrevistadas, as memórias do passado destacaram-se enquanto experiências que permitiram a elaboração cultural de um hábito alimentar, cujos códigos regiam um determinado valor simbólico para a comida. Tais aspectos possibilitam a compreensão de como estas práticas se transformaram e se resignificaram frente às novas demandas de vida em um ambiente de periferia marcado por desigualdade, vulnerabilidade e insegurança. Nesta direção, a noção de *habitus* como um instrumento conceitual favorece a reflexão sobre a relação entre condicionamentos sociais exteriores e a subjetividade dos sujeitos que coexistem numa intensa relação de interdependência, sendo capaz de expressar o diálogo e a troca constante e recíproca entre as distintas instâncias socializadoras¹¹.

Ressalta-se que nos espaços urbanos contemporâneos as condutas sociais delineiam-se por conformações mais individualistas, articuladas a um ritmo de vida marcado pela escassez de tempo¹⁹. Essas características, associadas ao panorama atual de produção e distribuição de alimentos, favorecem o processo de transição de um padrão alimentar para outro.

Gênero e família

As práticas descritas pelas informantes colocam em cena um conjunto de movimentos materiais e simbólicos que sustenta a constituição de uma nova identidade, ligada às práticas alimentares e também às transformações na situação social das mulheres²⁰.

A demarcação tradicional entre gêneros conferia simbolicamente uma atuação doméstica às mulheres e pública aos homens¹⁵. A responsabilidade pelo provimento alimentar era um 'dever moral paterno', como apontam os depoimentos, estando intimamente ligado às memórias de privação alimentar. À mulher cabia o exercício de uma economia domiciliar que garantisse a alimentação da família.

Antigamente as coisas eram mais difíceis. Né? E meu pai não deixava minha mãe trabalhar (E18, 48 anos, nascida na zona urbana)

Assim, lembrar [da comida] eu não lembro não. Assim, eu lembro, que eu... meu pai... ele nunca deixou faltar nada pra gente. (E4, 56 anos, nascida na zona urbana)

No entanto, há algumas décadas a porcentagem de mulheres economicamente ativas tem aumentado consideravelmente. É notória uma redução nas diferenças de inserção no mercado de trabalho entre homens e mulheres em todas as formas de ocupação. Em 2003, a proporção de homens com carteira assinada no setor privado era de 62,3%, enquanto a das mulheres era de 37,7%; já em 2011 essas proporções foram de 59,6% e de 40,4% respectivamente²¹. Além disso, desde 1980 registra-se um crescimento acentuado nos arranjos familiares nos quais a mulher passou a ser a pessoa de referência, chegando a 38% em 2012²². Isso não representou efetivamente uma modificação ou repartição mais igualitária das tarefas entre homens e mulheres²³ e permite que se compreenda melhor o porquê de uma das entrevistadas, ao pensar seu corpo, referir-se a ele como uma máquina.

não sei... hoje, uma palavra [*pensando*] caramba... [*pensando*]. Não sei! Sinceramente não sei... não sei. Talvez uma máquina que não para em momento nenhum: uma máquina que enferruja, mas que ao mesmo tempo não pode parar! (E14, 42 anos, nascida na zona urbana)

A presença progressiva das mulheres no mercado de trabalho pressiona para que a preparação de alimentos dentro de casa seja mais prática, no sentido de poupar tempo e mão de obra²⁴. A sobrecarga causada pela dupla ou tripla jornada de trabalho foi retratada de forma muito emblemática por outra informante.

Primeiro eu levava as crianças e deixava na creche. Quatro e meia eu saía do trabalho pra passar na creche e pegar eles às cinco horas [...]. Levava pra casa, deixava eles brincando com alguma coisa, vendo televisão... Ia, botava roupa de molho, [...] lavava roupa na mão. [...] Aí fazia comida, aí já fazia marmita dele (do marido), botava na geladeira. Aí a gente jantava e já ia dormir, os meninos também, porque acordava cedo pra ir pra escola. (E3, 43 anos, migrante da zona rural)

O acúmulo de tarefas restringe o tempo disponível para o preparo da alimentação da família. Essa falta de tempo é um aspecto importante da reestruturação das práticas e explica, em parte, o aumento do consumo dos alimentos ultraprocessados²⁵.

Independentemente de classe social, ao longo das últimas décadas a população brasileira substituiu alimentos isentos de processamento e/ou industrializados por alimentos ultraprocessados²⁶. Estes produtos apresentam características desfavoráveis do ponto de vista nutricional por serem formulações industriais compostas em grande parte, se não inteiramente, por óleo e gordura, inclusive hidrogenada, açúcar, amido modificado, corantes, aromatizantes e realçadores de sabor, possuindo maior densidade energética, teor de açúcar, gordura, sódio e potássio e menor teor de fibras que os alimentos industrializados com menor processamento²⁷. Entretanto, são palatáveis, acessíveis financeiramente e duráveis, do ponto de vista do tempo de armazenamento, apresentando-se como opções rápidas de consumo.

A praticidade do alimento é um aspecto fundamental no cotidiano das informantes. A busca por economia de tempo fomenta modificações nos modos tradicionais de preparo das refeições, sendo potencializada por meio do aumento no consumo de bens duráveis viabilizando o uso de equipamentos como, por exemplo, o forno de micro-ondas nas camadas populares²⁸.

eu trabalho fora e tem que ser uma coisa prática. [...] mas aí eu faço arroz de micro-ondas. (E15, 29 anos, nascida na zona urbana)

Morar sozinha, com o cônjuge, ou com filhos únicos diminui a frequência do preparo de refeições no domicílio, aumenta a flexibilidade das escolhas e favorece o consumo de alimentos industrializados de baixo valor nutricional.

Por conta disso que eu parei de fazer comida em casa. Porque eu fazia comida em casa, trazia minha marmita e a comida ficava rolando dois, três dias na geladeira. [...] Aí eu falei: não vou mais fazer comida em casa, e como sempre na rua. (E21, 57 anos, migrante da zona rural)

Esse relato está ligado à tendência demográfica associada à queda da taxa de fecundidade, sobretudo nas cidades e nas regiões mais desenvolvidas, onde ocorreu uma redução do peso relativo dos arranjos familiares constituídos por casais com filhos²². Menor número de dependentes, jornadas de trabalho no fim de semana e outras circunstâncias diminuem a regularidade da realização de refeições como forma de convívio familiar.

Assim... é complicado, principalmente no final de semana. Porque eu saio para trabalhar na sexta e só volto na segunda. (E11, 33 anos, migrante da zona rural)

Quando a gente tá em casa todo mundo come, mas às vezes cada um come num horário. Às vezes meu filho vai pra casa da namorada e não tem hora pra chegar. (E2, 53 anos, migrante da zona rural)

Práticas alimentares e consumo de bens materiais e simbólicos

Como já assinalado, a introdução dos alimentos industrializados, principalmente dos ultraprocessados, liga-se à necessidade de rapidez e praticidade no cotidiano. Classificados anteriormente como 'supérfluos' esses produtos não faziam parte da categoria "comida", representada pelo arroz e/ou farinha com feijão¹⁵.

(E as compras então?) É o básico: é biscoito, é banana, é miojo; coisas assim bem práticas, bem práticas. (E1, 45 anos, migrante da zona rural)

O desenvolvimento de determinado gosto mantém íntima ligação com as pressões materiais e urgências temporais inscritas nas condições objetivas de existência¹¹. Na configuração da vida contemporânea os alimentos ultraprocessados foram ressignificados social e culturalmente, integrando-se ao hábito como "alimentos básicos". Seu consumo expressa, para além de adequação econômica ligada às necessidades de classe, transformações no gosto que distinguem os diferentes grupos, como analisa Bourdieu¹¹.

As narrativas ainda apresentam conflitos e oscilações na forma de construir representações acerca dos alimentos industrializados, principalmente dos ultraprocessados. Acontece que apesar da forte conotação negativa, eles fazem parte do cotidiano e do gosto alimentar das informantes e para serem ingeridos exigem estratégias de preparo que diminuam o peso simbólico ligado a essa qualidade de produtos.

Final de semana é o dia do lixo na janta. Da pizza, da lasanha, do industrializado. Lasanha de caixinha, cachorro quente, refrigerante. (E8, 36 anos, nascida na zona urbana)

Eu compro miojo pro meu filho, mas não uso o tempero... tipo miojo com caldo de feijão. [...] se eu não fizer assim, acaba eu não fazendo comida, acaba eu comendo besteira. (E15, 29 anos, nascida na zona urbana)

Há um excesso de informações, muitas vezes contraditórias, que se ligam ao 'comer'. Esta situação promove uma desestabilização de antigas certezas, mas também mudanças; promovendo insegurança em relação às escolhas, situação denominada por Fischler como gastro-anomia²⁹.

Antigamente eu comia muito arroz e pouco feijão. Agora não, eu como menos arroz e mais feijão... entendeu? E assim... às vezes eu como arroz, não como batata... Mas eu vim de uma família de poder comer tudo... né? De poder comer tudo. (E4, 56 anos, nascida na zona urbana)

Por exemplo, eu amo arroz. Mas o arroz engorda [...] o outro (se referindo ao integral) também engorda. (E6, 64 anos, migrante da zona rural)

Calvo³⁰ sistematizou três caracterizações sobre os modos de ocorrência das mudanças das práticas alimentares, assim compreendidas: a primeira está relacionada à presença de uma dicotomia na qual novas práticas são adotadas, ainda que se mantenham as antigas, adaptadas; a segunda apresenta uma maior perda de referência das tradições e ao mesmo tempo, uma menor autonomia das escolhas, já que se mantém em estreita dependência dos especialistas e com significativo risco de desequilíbrio alimentar; enquanto a terceira é caracterizada por uma desestruturação dos elementos de origem, ligada normalmente a uma desvinculação sociocultural e à precariedade econômica, sem que se reconstrua organizadamente um novo padrão alimentar. Nesta direção, a desorganização dos sistemas normativos e de controle social que regulam tradicionalmente as práticas alimentares se liga contemporaneamente a uma série de problemas complexos, dentre os quais se destacam o crescimento alarmante dos indicadores de sobrepeso e obesidade que juntos atingem quase 60%

da população adulta brasileira e o aumento dos indicadores de sofrimento psíquico e de transtornos alimentares^{31,32}.

Ligados às transformações alimentares estão os diferentes discursos que se associam a ela, principalmente os que se ligam à saúde, longevidade e beleza³³. Sobretudo entre as mulheres, em geral mais inquiridas em relação às variações de peso, não só por questões de saúde, mas pelas questões culturais implicadas na construção de imagens em torno do corpo ideal na cena contemporânea. É interessante ressaltar o quanto antinomias como saúde/indulgência e conveniência/cuidado atravessam contemporaneamente o processo de seleção e escolha alimentar³⁴. Apesar de produzidos socialmente, esses discursos se disseminam midiaticamente, atingindo de distintas maneiras diferentes grupos sociais. Essa situação evidencia sua face mais perversa em populações vulneráveis, nas quais instalam dúvidas e insegurança inclusive em relação a alimentos que fazem parte da sua herança cultural.

A categorização dos alimentos previamente estabelecida por uma rede de significados nas classes sociais de menor poder aquisitivo é adicionada das novas incorporações alimentares e se sobrepõe ao discurso de promoção da saúde, exigindo ressignificações contínuas articuladas à singularidade individual das informantes. A orientação nutricional de que se deve privilegiar a escolha de alimentos ricos em fibras, vitaminas e minerais está significativamente disseminada no senso comum, mas se confronta, por exemplo, com representações ainda muito presentes de que alimentos como verduras, legumes e frutas não fornecem a força necessária ao trabalho por não serem “comida”.

Porque eu realmente não guento: eu tenho que comer bem. Eu tenho que comer. Se eu não comer meu feijão com arroz. Eu tenho que comer... se eu não comer eu passo mal. Eu te falei, eu pego é panela de 50 kg, é panela que nem homem... Quer dizer... é serviço braçal mesmo. (E1, 45 anos, migrante da zona rural)

A implicação do discurso que idealiza um modelo de alimentação saudável e que desconsidera as várias dimensões relativas ao hábito alimentar, se mescla com recomendações voltadas a um padrão estético, abrindo espaço para um amplo mercado de consumo. Comercializam-se uma série de produtos e programas que não medem consequências na promessa da conquista de saúde e geram demandas de consumo. Alimentos introduzidos em práticas, que muitas vezes não se sustentam por muito tempo, são substituídos a cada nova publicação transformada em reportagem especial de televisão ou apropriada e comercializada pela indústria alimentícia³⁵. Processo que junto à precariedade econômica dificulta a reconstrução de um padrão alimentar seguro do ponto de vista nutricional.

Quando eu vou pra Bonsucesso eu passo na loja. As pessoas falando das dietas... Eu vou e leio: sucos que curam! Água de berinjela, limão e gengibre... Aí vejo lá... Suco de melancia... Eu falo: vou fazer. Sei o que as pessoas ficam falando dessas dietas rápidas. Aí compro a melancia. [...] Chás que curam: eu comprei camomila, tinha um que tinha que tomar antes de dormir... Olha eu tomava limão com café quando eu trabalhava e tomava... [...] Na hora do almoço, eu ia almoçar, eu botava saladinha, elas (as colegas de trabalho) botavam só a carne... Só que a hora que chegava em casa estava com fome. (E13, 54 anos, migrante da zona rural)

Os aspectos que diferenciam as práticas alimentares das informantes que seguem determinadas lógicas consideradas saudáveis, daquelas que se desvencilham deste padrão de consumo estão ligados às singularidades individuais e a crenças nas propriedades dos alimentos, bem como à noção de moralidade e à própria relação com o corpo, dentre outras questões.

eu sempre tive paranoia de saúde, então porque eu acho que é por conta mesmo de gostar da área de saúde, né? Então eu sempre acompanhei... lá em casa eu tenho uma pasta cheia de recortes, de receitas light, recortes de dietas, de dicas. Por exemplo, eu parei de tomar refrigerante porque eu li um artigo no jornal que tava dizendo que o refrigerante ele corta, ele impede o organismo de absorver os nutrientes. Então eu falei: eu não vou mais tomar. Porque

se eu como pra manter meu organismo bom, eu tomo um negócio que vai broquear. Eu tô fazendo o que? É a mesma coisa de fumar. Só prejudica então eu não quero consumir nada que me prejudica. (E21, 57 anos, migrante da zona rural)

As práticas alimentares das mulheres entrevistadas estão articuladas em conformidade com a vida em família, situações de trabalho e socioeconômicas próprias do grupo que dão sentido às escolhas e a imagem que atribuem a si mesmas. Ressalta-se que as escolhas e práticas não nascem no indivíduo, elas surgem e são transformadas nos processos e interações sociais. Assim quando um indivíduo exercita sua preferência, ele o faz dentro de um quadro de possibilidades moldado tanto por aspectos micro quanto macrossociais, que fornecem as alternativas alimentares dentre as quais é possível escolher. Em síntese, distintas instâncias socializadoras e referências indentityárias coexistem no mundo contemporâneo e modelam as concepções e as práticas alimentares individuais. Referências ligadas à experiência escolar, ao trabalho, à família e à localidade - mas também à mídia, se interpenetram em um espaço dinâmico constitutivo das relações sociais que, no entanto, não podem ser concebidos de modo antagônico à construção da imagem e experiência de si, ao processo de individualização e, em suma, aos recursos e às trajetórias particulares¹¹.

Considerações finais

No que se refere à alimentação, a realidade cotidiana das mulheres entrevistadas é marcada pela escassez de tempo e vinculada à relações de gênero. As novas formas de inserção das mulheres no mercado de trabalho não retiraram sua centralidade no cuidado doméstico, conduzindo-as à procura de praticidade e favorecendo o consumo de alimentos industrializados, principalmente ultraprocessados. Esse processo produz a desestruturação dos padrões alimentares anteriores, tendência que, associada a constrangimentos financeiros, dificulta a construção de modos de consumo nutricionalmente seguros.

As narrativas das mulheres apresentam contradições, oscilações e sobreposições próprias de um processo de transformação e ressignificações que caracterizam a formação de um *habitus* que, por um lado, absorve discursos sobre o que seria uma alimentação saudável e, por outro, se realiza de acordo com disponibilidades que contradizem as “boas práticas” enunciadas por diferentes discursos: o científico, o das intervenções no campo da saúde e o da mídia. Há uma polifonia de discursos ligados à alimentação que, dentre outras questões, amplificam demandas de mercado. Este se retroalimenta destes diferentes discursos e promove a incorporação de produtos que sejam práticos, baratos, palatáveis, mas sabidamente danosos; ou de outros cujas alegações recaem na ideia de trazerem benefícios para a saúde ou estéticos, advindos com o emagrecimento. Em geral, as mulheres entrevistadas percebem, mas não apresentam uma elaboração clara de distinção entre sua realidade concreta e uma perspectiva idealizada do que seja “bom”. Elas convivem com o resultado de suas impossibilidades de consumo e da (re)construção do “gosto” em relação ao comer de acordo com as normas prescritivas do que seja uma “alimentação saudável”.

Essas questões devem ser observadas na elaboração das abordagens de intervenção no nível individual, pois este é indissociável da existência coletiva e das condições materiais e existenciais. Assim, ao se considerar tais condições, e o fato delas modularem concretamente as possibilidades de aquisição e consumo, abre-se espaço, sobretudo no campo da saúde, para a produção de formas mais consistentes e criativas de proteção, valorização e ação junto aos grupos sociais.

Nesta direção, destaca-se também a necessidade de aperfeiçoamento das ações governamentais regulatórias em relação à produção, comercialização e divulgação de produtos comprovadamente danosos à saúde humana, bem como o fomento a formas de produção agrícola contra hegemônicas, de modo a ser possível promover processos de produção e comercialização mais sustentáveis. O acesso à informação, embora imprescindível, não garante sozinho a realização de práticas alimentares consideradas saudáveis. Como sugerem os dados da pesquisa, faz-se necessário problematizar a interferência destes amplos condicionantes na margem de liberdade das decisões individuais.

Colaboradores

Oliveira TC e Czeresnia D participaram desde a concepção e desenho do estudo até a redação e aprovação da versão final do artigo. Vargas EP colaborou na análise e interpretação dos resultados, escrita e aprovação da versão final do artigo. Barros DC colaborou na discussão dos resultados e aprovação da última versão do artigo.

Referências

1. Oliveira SP, Thébaud-Mony A. Modelo de consumo agro-industrial: homogeneização ou diversificação dos hábitos alimentares? *Rev Cad Debate*. 1996; 4:1-13.
2. Fonte M. Food Systems: consumption models and risk perception in late modernity. *Int J Soc Agric Food*. 2002; 10(1):13-21.
3. Giddens A. *As consequências da modernidade*. São Paulo: UNESP; 1991.
4. IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde. Acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 100 p.
5. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011; 377(9781):1949-61.
6. Canella APB, Claro RM, Moubarac JC, Baraldi LG, Cannon G, Monteiro CA. Ultra-processed food products and obesity in Brazilian households (2008-2009). *Plos One*. 2014; 9:927-52.
7. Arnaiz MG. Maneiras de comer hoy. *Rev Int Sociol*. 2005; 40:159-82.
8. Moore S, Hall JN, Harper S, Lynch JW. Global and national socioeconomic disparities in obesity, overweight, and underweight status. *J Obes*. 2010; 10:1-11.
9. Paeratakul S, Lovejoy JC, Ryan DH, Bray GA. The relation of gender, race and socioeconomic status to obesity and obesity comorbidities in a sample of U. S. adults. *Int J Obes Relat Metab Disord*. 2002; 26:1205-10.
10. Hoffmann R. Condicionantes do sobrepeso e da obesidade de adultos no Brasil, 2008-2009. *Seg Alimen Nutr*. 2012; 19(2):1-16.
11. Bourdieu P. *Questões de sociologia*. Rio de Janeiro: Marco Zero; 1983.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. 9a ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad Saude Publica*. 2008; 24 (1):17-27.
14. Maciel ME. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de Koshima com Brillat-Savarin? *Horiz Antropol*. 2001; 7(16):145-56.
15. Zaluar A. *A máquina e a revolta. As organizações populares e o significado da pobreza*. 2a ed. São Paulo: Brasiliense; 1994.
16. DaMatta R. *O que faz o brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco; 1986.
17. Castro J. *Geografia da fome*. 5a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2005.

18. Canesqui AM. Mudanças e permanências da prática alimentar cotidiana de famílias de trabalhadores In: Canesqui AM, Garcia RWD, organizadores. Antropologia e nutrição: um diálogo possível. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
19. Garcia RWD. Práticas e comportamento alimentar no meio urbano: um estudo no centro da cidade de São Paulo. *Cad Saude Publica*. 1997; 13(3):455-76.
20. Araújo C, Scalon C. Gênero e a distância entre a intenção e o gesto. *Rev Bras Cienc Soc*. 2006; 21(62):45-68.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE; 2013.
22. Monsivais P, Aggarwal A, Drewnowski A. Time spent on home food preparation and indicators of healthy eating. *Am J Prev Med*. 2014; 47(6):796-800.
23. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa mensal de emprego. Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas. Rio de Janeiro; 2012 [citado 17 Set 2015]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf.
24. Neves MA. Anotações sobre trabalho e gênero. *Cad Pesqui*. 2013; 43(149):404-21.
25. Jabs J, Devine CM. Time scarcity and food choices: an overview. *Appetite*. 2006; 47(2):196-204.
26. Monteiro CA, Levy RB, Claro RM, Castro IR, Cannon G. Increasing consumption of ultra-processed foods and likely impact on human health: evidence from Brazil. *Public Health Nutr*. 2011; 14(1):5-13.
27. Louzada MLC, Martins APB, Canella DS, Baraldi LG, Levy RB, Claro RM, et al. Alimentos ultraprocessados e perfil nutricional da dieta no Brasil. *Rev Saude Publica*. 2015; 49:38.
28. Yaccoub H. A chamada "nova classe média": cultura material, inclusão e distinção social. *Horiz Antropol*. 2011; 17(36):197-231.
29. Fischler C. Gastro-nomie et gastro-anomie. *Communications*. 1979; 31(1):189-210.
30. Calvo M. Migration et alimentation. *Soc Sci Inform*. 1982; 21:383-446.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Ciclos de vida: Brasil e grandes regiões. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.
32. Nunes MO, Bittencourt LJ. No rastro do que transtorna o corpo e desregra o comer: os sentidos do descontrole de si e das "compulsões alimentares". *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(44):145-57.
33. Kraemer FB, Prado SD, Ferreira FR, Carvalho MCVS. O discurso sobre a alimentação saudável como estratégia de biopoder. *Physis*. 2014; 24(4):1337-60.
34. Warde A. Consumption, food and taste: culinary antinomies and commodity culture. London: Sage Publications; 1997.
35. Freitas RF, Ferreira FR, Carvalho MCV, Prado SD, organizadores. Corpo e consumo nas cidades. Curitiba (PR): CRV; 2014. v. 2.

Oliveira TC, Czeresnia D, Vargas EP, Barros DC. Concepções sobre práticas alimentarias en mujeres de clases populares en Río de Janeiro, Estado de Río de Janeiro, Brasil: transformaciones y resignificaciones. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(65):435-46.

En este estudio de cuño cualitativo se buscó entender las concepciones y los sentidos atribuidos a las prácticas alimentarias en mujeres de clases populares con exceso de peso. Cuestiones asociadas a las condiciones sociales y culturales de la vida urbana configuran un proceso de transformaciones señalado por la escasez de tiempo y la búsqueda de la practicidad. Productos ultra procesados, antes considerados superfluos, son ahora considerados básicos en la alimentación de este grupo. Esa realidad se confronta con el discurso contemporáneo de la alimentación saludable que, al fomentar una demanda de consumo de productos considerados benéficos para la salud, exige de las informantes constantes re-significaciones con relación al "comer" que oscilan entre el placer y la culpa. Se discute la necesidad de comprender tales expresiones dentro de un cuadro de posibilidades restringido y determinado por aspectos micro y macro sociales que conforman los modos contemporáneos de producción y distribución de alimentos en nuestra sociedad.

Palabras clave: Prácticas alimentarias. Cultura. Exceso de peso.

Submetido em 15/09/16. Aprovado em 31/03/17.

Maratonas *hackers* no Brasil com desafios no campo da Saúde

Francini Lube Guizardi^(a)
 Karina Fernandes dos Santos^(b)
 Ana Silvia Pavani Lemos^(c)
 Fernanda Maria Duarte Severo^(d)

Guizardi FL, Santos KF, Lemos ASP, Severo FMD. Hackathons in Brazil and the challenges they pose to the field of health. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(65):447-59.

The objective of this study was to map the carrying out of hacking marathons in Brazil, and the challenges they pose to the field of health. The expectation is that the description and presentation of the methodological aspects of the mapped events, along with information drawn from the literature, may help in the dissemination of the methodology and its application to the health sector. The mapping was exploratory and descriptive and was carried out through an internet search, using Google and the Virtual Health Library (BVS) database, covering the period between 2000 and 2016. The researchers identified 16 hackathons, all of which occurred after 2012, and which presented challenges and solutions to health. The results point to the potential of this methodology as a means of promoting creativity and innovation, based on collaborative work by teams of professionals from different areas for identifying timely solutions to the health field.

Keywords: Hackathon. Methodology. Health. Collaboration. Innovation in Health.

O objetivo deste estudo foi mapear a realização de maratonas *hackers* no Brasil, com desafios voltados para o campo da Saúde. Espera-se que a descrição e sistematização dos aspectos metodológicos dos eventos identificados, cotejados com informações advindas de levantamento bibliográfico, auxiliem na divulgação e aplicação da metodologia na saúde. De caráter exploratório e descritivo, o mapeamento foi realizado por meio de uma pesquisa *web*, com o buscador Google, e na base de dados Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), abrangendo o período entre 2000 e 2016. Identificou-se a realização de 16 *hackathons* que abordaram desafios ou soluções na Saúde, sendo todos realizados a partir de 2012. Os resultados encontrados ressaltam o potencial da metodologia como fomento à criatividade e à inovação, a partir do trabalho colaborativo em equipe multiprofissional para soluções oportunas no campo da Saúde.

Palavras-chave: Hackathon. Metodologia. Saúde. Colaboração. Inovação em Saúde.

(a, b, c, d) Laboratório de Educação, Mediações Tecnológicas e Transdisciplinaridade em Saúde (Lemtes), Escola Fiocruz de Governo, Fiocruz Brasília. Avenida L3 Norte, s/nº, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Gleba A. Brasília, DF, Brasil. 70904-130. francini.guizardi@fiocruz.br; karina.fernandes@fiocruz.br; ana.lemos@fiocruz.br; fernanda.severo@fiocruz.br

Introdução

Maratonas *hackers*, também conhecidas como *hackathons*, festas *hackers* ou festival *hackers* (*hackfest*, *hacking festival*), são eventos que emergiram na área de tecnologia com a característica central de engajar diferentes profissionais em um trabalho colaborativo, de natureza intensiva, realizado em curto período de tempo e com foco em determinado problema ou desafio. A palavra "*hackathon*" vem da combinação das palavras "*hack*" e "*marathon*" e significa uma longa corrida para criar algo útil em um único evento^{1,2}.

A inovação é um aspecto central dessa metodologia, que busca mobilizar e desafiar seus participantes a apresentarem coletivamente respostas e soluções pioneiras, geralmente na área de programação e desenvolvimento de *softwares*³⁻⁶. A efetividade do fenômeno *hackathon* na inovação digital pode ser atestada por sua popularização em indústrias e instituições, públicas e privadas², uma tendência manifesta na ampliação expressiva de sua realização ao longo dos anos 2000. Nessa década, as maratonas *hackers* disseminaram-se como uma metodologia efetiva para rápido desenvolvimento de novos *softwares* e para identificação de áreas de inovação e investimento^{3,4,6}. Nesse contexto, o Drupal e a MediaWiki são exemplos de plataformas que tiveram desenvolvimento potencializado por maratonas *hackers*².

Segundo Briscoe e Mulligan², o fenômeno *hackathon* tem uma ocorrência global, tendo se desenvolvido de festas improvisadas a eventos corporativos organizados e financiados por empresas de *softwares* como Google e Facebook. Entretanto, o crescimento empresarial de sua utilização gerou tensionamento em relação às suas características iniciais, orientadas por desafios sociais e valores de cidadania, como no caso *civic hacking*^(e) e do *data activism*^(f).

As maratonas, inicialmente focadas no desenvolvimento técnico de códigos e programas, passaram a ser utilizadas também como estratégia para construção de soluções em interface com outros campos, como a música, as artes, gestão pública e conhecimento científico. Constata-se a expansão de sua aplicação por parte de organizações da sociedade civil e instituições governamentais², em especial, como suporte a ferramentas de gestão democráticas (*open government*) e no enfrentamento dos problemas de inclusão social de grupos vulneráveis².

Reconhecendo esse movimento, Li e Johnson⁴ sinalizam que a metodologia de maratonas *hackers* pode ser direcionada para inovação e melhoria de respostas a questões sociais, ampliando a visibilidade e a consciência. Linnell et al.³ consideram que *hackathons* voltados para questões sociais geram maior adesão de parceiros da sociedade civil.

Apesar do crescimento de informações e experiências relacionadas a essa metodologia, observa-se que a produção acadêmica sobre o tema ainda é incipiente, sendo composta majoritariamente por relatos de experiências de sua aplicação a campos e temáticas específicos². Na área da Saúde, há poucas publicações descrevendo as maratonas *hackers*; dentre os achados, destaca-se a elaboração de soluções tecnológicas para pesquisas em Genética e Filogenia⁵, na Medicina^{4,6} e na educação interprofissional⁷.

Considerando essa lacuna, incompatível com a relevância da metodologia para o desenvolvimento de inovações tecnológicas e sociais, o objetivo deste artigo é mapear a realização de maratonas *hackers* no Brasil, organizadas com desafios voltados para o campo da Saúde. A pesquisa buscou identificar eventos planejados segundo essa metodologia, a fim de analisar suas características e de refletir sobre o seu potencial. Espera-se que a descrição e sistematização dos aspectos metodológicos dos eventos identificados, cotejados com informações

^(e) Processo colaborativo para criação de soluções de dados abertos, com base em informações e bancos de dados públicos, códigos e tecnologias, a fim de resolver desafios locais, de caráter social, econômico ou ambiental. Fonte: https://en.wiktionary.org/wiki/civic_hacker.

^(f) Tipo específico de ativismo que utiliza a produção e coleção de dados digitais e de códigos-fontes abertos para desafiar relações de poder existentes. Fonte: https://en.wikipedia.org/wiki/Data_Activism.

advindas da literatura sobre o tema, auxiliem na divulgação e aplicação das maratonas *hackers* na Saúde.

História das maratonas *hackers*

Acredita-se que o termo *hackathon* tenha surgido em 1999, de forma independente, em duas experiências quase simultâneas: o *open-source software developers of the Open BSD computer operating system* e o Sun Microsystems Marketers⁸. No primeiro evento, ocorrido em 4 de junho de 1999, um pequeno grupo de desenvolvedores reuniu-se para encontrar soluções a fim de evitar problemas legais relacionados à criptografia e à exportação de dados a partir dos Estados Unidos da América. O segundo encontro foi realizado no Java One Conference, entre 15 e 19 de junho desse mesmo ano, e o desafio era criar um programa de computador na linguagem Java, a fim de viabilizar uma intranet com comunicação com outros dispositivos conectados à internet⁹.

Essas experiências buscavam uma atividade dinâmica, como uma maratona, para criar algo aplicável e livre², elementos implicados à própria cultura *hacker*. “A Ética *Hacker* centraliza-se em torno do princípio de que aquela informação deve ser livre [como no discurso], e a pessoa deve ter liberdade de repropor os dispositivos do dia a dia em novas e inesperadas formas [...]”².

Embora as experiências inaugurais tenham ocorrido na década de 1990, a palavra “*hack*” está relacionada com a evolução do computador, que, por sua vez, associa-se à história da cultura *hacker*. Ainda em 1975, em um ambiente de experimentação e apresentação de ideias, um grupo se reunia quinzenalmente para criar uma máquina acessível a “cidadãos comuns”: o computador pessoal. Constituiu-se, assim, o Homebrew Computer Club, que contou com o criador do primeiro computador portátil, Adam Osborne, além do criador dos computadores Apple I e Apple II, Wozniak¹⁰. O Homebrew Computer Club é um marco significativo da cultura *hacker* por engendrar o desenvolvimento transformador dos padrões de produção, instigando a inovação e reconhecendo-a como desafiadora¹¹.

Seguindo essas experiências, os elementos centrais das maratonas *hackers* consolidaram-se por mobilizar redes sociotécnico-locais, em festas informais, chamadas LAN *parties*. Nelas, os grupos reuniam-se para compartilhar melhorias e customizações em seus dispositivos tecnológicos². Vem dessa fase a incorporação ritual de bebidas energéticas para estimular as longas horas de trabalho que duravam toda a noite. Outra característica desses eventos é a informalidade, visto que muitas vezes a alimentação e o descanso ocorrem no próprio espaço das atividades. A intensividade e a informalidade do trabalho explicam porque um dos resultados mais valorizados em relação às maratonas *hacker* é o espírito de comunidade, que muitas vezes perdura após os eventos².

Tais experiências acabaram consagrando as principais características dessa metodologia: a reunião de pessoas engajadas pelo desenvolvimento tecnológico, a duração limitada das atividades e o compartilhamento de objetivos em atividades intensivas². Briscoe e Mulligan² associam o formato à tradição das *jam sessions* musicais, reuniões informais para colaboração de *expertises*, mobilizada por músicos para criação e desenvolvimento de novos materiais. Nessa tradição, destaca-se a relação entre o caráter lúdico da experiência e a colaboração criativa, aspectos estruturantes da metodologia de maratona *hackers*.

Percurso metodológico

De cunho exploratório e descritivo, este estudo foi realizado a partir de uma pesquisa *web* nas bases de dados da BVS e no buscador do Google, com o objetivo de identificar a realização de *hackathons* com desafios no campo da Saúde, especificamente no Brasil. Compreendendo que tais maratonas começaram a ser realizadas por volta do segundo semestre de 1999, considerou-se como critério de inclusão sua realização no Brasil no período entre 2000 e 2016.

A busca na base de dados BVS visou identificar artigos sobre *hackathons* na área da Saúde realizados no Brasil. A pesquisa ocorreu no mês de abril de 2016, utilizando-se as palavras-chave “*hackathon*” e “saúde”. Nesse levantamento, foram encontrados quatro artigos na língua inglesa,

sendo um artigo com enfoque teórico e três artigos de relato de experiência, dos quais dois estavam em duplicidade e um não relacionado especificamente à área da Saúde. Apesar de envolver estudantes brasileiros, o artigo de relato de experiência da área da saúde não foi incluído nos resultados, por ter sido realizado nos Estados Unidos.

A pesquisa *web* foi primordial, face ao fato de a temática das maratonas *hackers* ocorrerem vinculadas a tecnologias *web* e ao ambiente virtual. A busca realizada no sistema Google filtrou diretamente páginas que apresentavam as palavras “*hackathon*” e “saúde”. Em ferramentas específicas disponibilizadas no buscador, foram selecionados os itens “Brasil” e “português” para especificar campos “país” e “idioma”. A especificação do ano foi feita a partir do campo “Intervalo personalizado”. Considerou-se o intervalo de 1º de janeiro a 31 de dezembro para cada ano averiguado, nos períodos entre 2000 e 2016.

Em um primeiro momento, o conjunto de achados foi contemplado em sua totalidade, tendo em vista o número restrito de fontes. A partir da leitura do conteúdo apresentado, foram selecionados aqueles que abordaram a temática Saúde em eventos utilizando a metodologia de *hackathon*, realizados no Brasil. Foram excluídos os eventos de *pré-hackathons* do resultado final.

A pesquisa *web* foi realizada duas vezes, em períodos diferentes, com o objetivo de melhor consolidar a verificação das maratonas. A primeira etapa foi realizada entre 5 e 20 de abril de 2016, e a segunda, entre 1º de julho e 24 de outubro de 2016. Em relação ao ano 2016, foram consideradas as maratonas já realizadas e aquelas divulgadas para o segundo semestre.

Resultados e discussão

A partir dos critérios de seleção, foram identificadas 16 experiências brasileiras de maratonas *hackers* na área da Saúde, não havendo variação dos resultados nas duas etapas de busca. Não foram identificadas experiências prévias a 2012, demonstrando o caráter recente da utilização dessa metodologia na área da Saúde. Nos anos subsequentes, a distribuição dos achados se deu da seguinte forma: uma experiência em 2012; uma em 2013; cinco em 2014; quatro em 2015; e cinco em 2016, indicando um crescimento moderado e constante nos últimos três anos. O detalhamento de cada experiência está descrito no Quadro 1.

Parte dos *hackathons* apresentou seus desafios dentro de um escopo vinculado a questões referidas à sociedade, tendo a Saúde como elemento convergente, seja para a concepção das maratonas, seja pela premiação dada. É preciso destacar que a tipologia apresentada foi definida a partir da relação entre o tipo e a intencionalidade do desafio indicado pelos organizadores. Nesse sentido, foram identificadas seis maratonas com desafios no campo da Saúde. As outras dez apresentaram desafios no âmbito geral das políticas e da gestão pública, vinculando-se apenas indiretamente à Saúde.

Quadro 1. Detalhamento da realização de *hackathons* no Brasil com desafios no campo da Saúde

Ano	Evento/Instituição	Especificidades metodológicas	Desafios propostos
2012	Desenvolvendo a América Latina ¹² Fundação Cidadão Inteligente	36 horas de duração; premiação em dinheiro; ocorrência simultânea em vários países da América Latina; avaliação por júri internacional; desenvolvimento posterior por uma semana dos projetos vencedores.	Desenvolver aplicativo com soluções de alto impacto para Saúde, Educação, seguridade, cidadania, gasto estatal, pobreza, meio ambiente, entre outros.
2013	Hacker Cidadão ¹³ Campus Party Recife MCI Brasil S/A	Cinco dias de duração; premiação em equipamentos de informática. Compõe estratégia de internacionalização do evento Campus Party (Futura Networks).	Desenvolver aplicativos <i>web</i> e de celulares utilizando os dados abertos da Prefeitura de Recife – contribui para a qualidade de vida da população.

continua

Quadro 1. continuação

Ano	Evento/Instituição	Especificidades metodológicas	Desafios propostos
2014	2º Hackathon ¹⁴ CJE – Fiesp	Dois dias de duração, de forma ininterrupta; premiação em cursos, produto e inscrição em evento; desenvolvimento posterior do projeto vencedor. Apoio de mentores aos grupos.	Apresentar produto ou projeto para problemas nas áreas sociais, de Educação, Saúde e segurança de São Paulo.
	1ª Maratona de Programação e Desenvolvimento para Gestão do Conhecimento em Saúde ¹⁵ Fiocruz Brasília/Rebrats/ EVIPNet Brasil	Três dias de duração e avaliação baseada em interesse público; criatividade; qualidade técnica; e aplicabilidade no trabalho desenvolvido pelos órgãos brasileiros de Saúde Pública. Base de dados utilizada: Pesquisa Saúde.	Desenvolver soluções para dispositivos móveis e web utilizando os dados da base de dados aberta da Pesquisa Saúde.
	3º Hackathon ¹⁶ CJE – Fiesp	Dois dias de duração, de forma ininterrupta; premiação em cursos, visitas técnicas, livros e sessão de <i>mentoring</i> ; programação com palestras sobre temas induzidos, momento específico para tempestade de ideias e para formação das equipes.	Criar solução para aplicativo, com código aberto, tendo como categorias inovação disruptiva para a sociedade e indústria conectada.
	Desenvolvendo a América Latina ¹⁷ OKBR, Casa do Desenvolvimento Humano Contemporâneo e Lab Experimental.	Dois dias de duração; premiação em dinheiro; ocorrência simultânea em vários países da América Latina; um mês de apoio ao desenvolvimento do projeto vencedor após o evento.	Desenvolver aplicativos inovadores, sustentáveis, escaláveis, abertos e de alto impacto social – áreas de Educação, Saúde, transporte e outras.
	Hack PUC ¹⁸ PUC-RIO	Três dias de duração; premiação em dinheiro; Inscrição de times (até quatro pessoas), que foram selecionados para participar.	Construir soluções (<i>web</i> ou <i>apps</i>) para resolver problemas sociais de utilidade pública – áreas da Educação, Saúde ou transporte.
2015	Hack SUS ¹⁹ Ministério da Saúde	Três dias de duração; equipes formadas previamente; disponibilização de materiais e manual de apoio.	Desenvolver um protótipo (não funcional) de um ambiente virtual para o SUS, apresentando projeto com planejamento, desenvolvimento e prototipação.
	Startup Hack ²⁰ Sebrae Minas	Dois dias de duração; premiação: três meses de aceleração, com espaço físico, internet e mentoria; seleção dos participantes baseada no perfil e nas melhores respostas ao questionamento “Por que gostaria de participar do <i>hackathon</i> ?”; divisão aleatória dos participantes em grupos de cinco pessoas; curadoria da Associação Brasileira de Startups.	Maratona de programação (Exchange Sebrae) com o objetivo de criar soluções que atendam às necessidades da Unimed-BH.
	Hack4Health ²¹ GE Healthcare	Três dias de duração; premiação em dinheiro; atividades previstas de mentorias, apresentações, <i>brainstorming</i> e discussões com convidados da comissão organizadora; pós-evento: participar de um programa de <i>mentoring</i> com a empresa Health 2.0 Latin America por seis meses.	Propor a melhor solução para os desafios “Desospitalização” e “Redução de custos e aumento de eficiência no setor hospitalar”.
	Let's GO ²² Secretaria de Estado de Gestão e Planejamento (GO)	Cinco dias de duração; premiação: cursos e <i>vouchers</i> de 30 dias para a plataforma Azure, da Microsoft. As equipes foram formadas no primeiro dia de evento e receberam o banco de dados para desenvolvimento dos projetos. Pós-evento: seis meses de incubação do <i>startup</i> na incubadora da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO).	Apresentar ideias de melhoria da gestão pública, ampliar a transparência e divulgação de dados públicos do Estado de Goiás.

continua

Quadro 1. continuação

Ano	Evento/Instituição	Especificidades metodológicas	Desafios propostos
2016	Hackathon Abeme ²³ Abeme	Dois dias de duração; premiação: produtos; inscrição individual ou de equipe (quatro pessoas); acompanhamento de mentores especializados das áreas específicas.	Desenvolver de forma inovadora aplicativos com fontes abertas e confiáveis, sobre sexualidade e prevenção, ou que conectem os jovens, informando-os sobre as ações realizadas pelos atores públicos e privados.
	Hackathon Campinas ²⁴ Municípios Associados/ Prefeitura Municipal de Campinas	Dois dias de duração; premiação em dinheiro. Cada equipe teve quatro pessoas (três desenvolvedores e um <i>designer</i>); originalidade das soluções como cláusula do regulamento.	Criar aplicativos para a população usando a base de dados aberta da Prefeitura de Campinas.
	1º Hackathon Prodam 2016 ²⁵ Secretaria de Estado do Planejamento e Desenvolvimento Econômico, Ciência Tecnologia e Inovação do Amazonas e Processamento de Dados Amazonas S.A.	Dois dias de duração; premiação: cursos voltados para a área de TI, em qualquer lugar do país; equipes interdisciplinares.	Desenvolver aplicativos móveis inovadores para os serviços públicos do Amazonas.
	Hackathon GDG São José dos Campos ²⁶ Faculdade Bilac/Google Developer Group	Dez horas de duração; alunos dos cursos de Ciência da Computação e Análise e Desenvolvimento de Sistemas da Faculdade Bilac.	Desenvolver um <i>software</i> capaz de mapear os focos do mosquito na cidade.
	Hackathon em Saúde ²⁷ IcICT/Fiocruz	Dois dias de duração; premiação: cursos e participação em evento; equipes de três a cinco pessoas, formadas previamente ou no dia do evento; etapa anterior de planejamento, com programação <i>pré-hackathon</i> , divulgação das regras do desafio, modalidades de competição, critérios de avaliação e premiações; tema do desafio foi sorteado para cada equipe na abertura do evento. Apresentação dos produtos no modelo <i>elevator pitch</i> .	Desenvolver aplicativos e inovações tecnológicas (aplicativos móveis ou <i>games</i>) sobre os temas Rede Global de Bancos de Leite Humano; Monitoramento e Controle de Vetores; NBCAL: Norma Brasileira para Comercialização de Alimentos para Lactentes; Circuito Saudável; Acesso Aberto ao Conhecimento Científico; Museu da Vida.

As maratonas identificadas foram realizadas por organizações sociais (três), instituições públicas (sete) – das quais duas são empresas estatais – e instituições privadas (seis). Nos eventos das organizações sociais, destaca-se a iniciativa de integração de diferentes países e o foco para questões sociais, tendo como pano de fundo o aspecto colaborativo. Ao que concerne ao grupo de instituições privadas, observamos a diversidade de empresas, sendo apenas uma do setor Saúde, e as demais vinculadas à indústria e ao ensino superior. Nesse grupo, os objetivos principais foram o desenvolvimento de aplicativos e serviços. As instituições públicas, por sua vez, apresentaram vinculação direta com a área da Saúde e a administração pública. Desse conjunto, dois eventos foram organizados pela Fiocruz, um deles em parceria com o Ministério da Saúde; outro pelo próprio Ministério da Saúde em parceria com uma universidade federal; um foi promovido por administração do executivo estadual; e outras duas maratonas por empresas estatais. No conjunto, destacam-se *hackathons* que visaram à acessibilidade da população às bases de dados públicos com o intuito de potencializar a cidadania, por meio de ferramentas digitais (plataforma e/ou aplicativos).

Briscoe e Mulligan² propõem uma tipologia para classificação das diferentes aplicações da metodologia, dividida em dois grandes grupos: 1) *hackathons* com finalidade essencialmente tecnológica, organizados com o propósito de desenvolvimento de *softwares*; e 2) *hackathons* nos

quais a tecnologia é mobilizada como recurso para construção de soluções para problemas sociais ou organizacionais. Cada um desses tipos é subdividido pelos autores em outros três. No primeiro grupo, as distinções referem-se a três possibilidades do desenvolvimento tecnológico: 1) quando uma aplicação específica é objeto de trabalho; 2) quando o foco é uma plataforma e/ou linguagem determinada; e 3) quando é definida uma interface específica de programação. No grupo dos chamados *hackathons* aplicados, as especificidades condizem com as finalidades do evento: se direcionadas a questões sociais; demográficas e populacionais; ou organizacionais.

Essa tipologia auxilia-nos a classificar os eventos encontrados na pesquisa, todos do grupo de *hackathons* aplicados, divididos entre: questões sociais (11); organizacionais (duas); e demográficas (uma), sendo um deles destinado ao público jovem. A partir dos achados, acrescentaríamos a essa classificação um quarto tipo de *hackathon* aplicado, que seria com finalidades educacionais. No conjunto dos eventos mapeados, dois foram organizados por instituição de ensino, tendo como público estudantes da área de tecnologia, visando aplicações de seus conhecimentos técnicos. Encontramos descrições^{3-5,7} que apontam para o potencial formativo dessa metodologia, que proporciona experiências de trabalho coletivo, multi e interdisciplinar. Os relatos das experiências destacam que tais maratonas proporcionam aos envolvidos a percepção de novas formas de intervenção e atuação profissional, direcionadas para a construção de respostas criativas a problemas socialmente relevantes.

Em relação à duração dos eventos, há um intervalo significativo de variação, entre dez horas e cinco dias. Não obstante, a maioria (11) dos *hackathons* teve entre dois e três dias de ocorrência. Três deles tiveram duração menor do que 48 horas, sendo um de dez horas, um de 24 horas e o terceiro de 36 horas. Tal composição indica haver uma tentativa de equilíbrio, de modo a preservar a intensividade da metodologia e de propiciar, por outro lado, um período de tempo adequado para formulação e desenvolvimento dos produtos. O fato de que apenas dois eventos tiveram mais do que 72 horas permite-nos supor que uma maior extensão não resulta em proporcional ou maior qualificação das soluções criadas, possivelmente pela natureza intensiva e desgastante da atividade.

A literatura sobre o tema é convergente com esses resultados, indicando que a duração das maratonas *hackers* pode variar entre algumas horas a alguns dias, dificilmente ultrapassando uma semana². Encontramos um relato de etapa de planejamento pré-evento no qual os participantes foram mobilizados, por meio de listas de e-mail e conferências virtuais, a fim de contribuir com temáticas, ideias e propostas de desafios⁵. No conjunto de eventos identificados, apenas três utilizaram estratégias anteriores de mobilização dos participantes.

Das 16 maratonas encontradas, 13 possuíam caráter competitivo, o que indica ser este um aspecto usual da metodologia. Os três eventos que não o observaram foram organizados, respectivamente, por uma instituição pública e outra privada, de caráter educacional. Este último, em especial, foi o que apresentou a composição menos diversificada, com participação exclusiva de alunos da área de tecnologia da informação, sendo apoiado por empresa líder do ramo (Google), o que sugere que esse apoio é um elemento motivacional relevante ao público-alvo.

A natureza das premiações revelou-se bastante diversificada. Cinco eventos incluíram ganhos em dinheiro, sendo dois acrescidos de outros prêmios. Foram encontradas, ademais, as seguintes premiações: equipamentos (um); *voucher* para utilização de *software* (um), produtos diversificados (um), cursos (quatro), participação em evento da área para apresentação dos produtos (dois), mentorias⁽⁶⁾ (três), incubação dos projetos e soluções (dois) e visitas técnicas

⁽⁶⁾ Atividade de orientação por profissional especialista da área.

(um). Embora prevaleça a premiação monetária nas maratonas competitivas, observaram-se outros aspectos motivacionais, principalmente relativos ao desenvolvimento posterior das soluções criadas, qualificação profissional dos participantes e reconhecimento entre pares e no mercado. Esses dados corroboram com uma pesquisa realizada com 150 participantes de *hackathons*, na qual a motivação dos entrevistados para participarem dos eventos dividiu-se, basicamente, em torno do aprendizado (referido por 86% dos entrevistados) e da possibilidade de construção de redes profissionais (mencionado por 82%). Apenas 28% referiram os prêmios como razão central de sua participação. Outro dado interessante são as respostas (38%) que mencionam o desejo de “mudar o mundo” como motivação relevante².

O tamanho dos eventos também foi variável. Dos 16 mapeados, um ainda não havia sido realizado, e não foi possível obter a informação do total de participantes de uma das maratonas já efetivadas. No restante (14), observamos a tendência de serem eventos menores: seis deles com menos de cinquenta pessoas e outros quatro entre cinquenta e cem. Duas maratonas contaram com a presença de cem a 150 pessoas e duas outras com mais do que esse total, tendo uma delas quinhentos participantes. Podemos aventar duas explicações, possivelmente convergentes para esses dados: por um lado, a limitação do tamanho preserva as características de informalidade e “intimidade” originárias do formato; por outro, viabilizam aspectos logísticos, fundamentais para estrutura e suporte necessários aos trabalhos.

Não obtivemos dados sociodemográficos dos participantes, o que pode constituir campo oportuno para novas investigações. Quanto a esse aspecto, uma única pesquisa foi realizada, indicando que 70% dos participantes de *hackathons* já haviam participado de mais de um evento desse tipo². A participação feminina foi significativamente sub-representada (em torno de 11% na pesquisa). Segundo os autores, este dado pode ser explicado pela natureza antissocial de parte dos eventos e por atitudes de gênero discriminatórias dos participantes masculinos. Entretanto, ressalta-se que os percentuais de participação feminina encontrados são similares à presença no mercado de trabalho em tecnologia. Nessa mesma investigação, destacou-se o perfil jovem dos participantes, com 61% possuindo entre 25 e 43 anos. O formato desses eventos favorece a participação deste grupo etário por requisitar disponibilidade integral nos fins de semana e trabalhos intensivos ao longo do período noturno². De forma geral, a metodologia requer dos participantes algumas características específicas: 1) habilidade de trabalhar intensivamente sob pressão de tempo; 2) habilidade de apresentar seus trabalhos e produtos em curto espaço de tempo; e 3) capacidade de trabalhar informalmente com estranhos em pequenos grupos².

No que tange à atuação profissional dos participantes, a referida pesquisa indicou que 77% dos entrevistados se descrevem como desenvolvedores de *softwares*. A classificação dos demais 23% como não desenvolvedores inclui uma gama ampliada de áreas de atuação profissional, diversificação que demonstra ser particularmente relevante para os *hackathons* direcionados a promover contribuições para questões sociais ou objetivos empresariais², como no caso dos eventos mapeados, que apresentaram múltiplas composições profissionais.

Embora com natureza claramente tecnológica, ainda que voltados para questões da Saúde, em sua grande maioria, os *hackathons* mapeados previram equipes multiprofissionais. Do total de 16, não encontramos informações sobre esse aspecto nas páginas de um evento, e outro sinalizava ser aberto a qualquer área profissional. Os 14 restantes, entretanto, procuraram composições específicas, claramente direcionadas pelas características temáticas dos desafios. 13 recrutaram profissionais do setor de tecnologia, principalmente programadores e desenvolvedores, e 12 incluíram *designers* nas equipes. Em seguida, destaca-se o grupo relacionado à área de gestão e administração, referidos como componentes obrigatórios em nove maratonas. A designação de empreendedores sobressai neste grupo, indicando a preocupação com um perfil voltado para a inovação.

Os profissionais que compõem grupos de usuários dos produtos que foram desenvolvidos ou são especialistas em alguma temática ou foram chamados em apenas quatro eventos, incluindo categorias como profissionais de Saúde, Educação, especialistas em temas sociais e cientistas. Tal resultado evidencia que os desafios direcionados à Saúde ainda incluem pouco a participação de representantes dessa área. De modo geral, a composição das equipes evidencia a centralidade das

áreas de tecnologia da informação, *designer* e gestão como elementares do processo criativo, o que demonstra a preocupação em qualificar o desenvolvimento tecnológico com aspectos na interface entre apresentação, usabilidade e plano de negócios. Poderíamos, com isso, demarcar a necessidade de investigar melhor os efeitos da inclusão dos profissionais da área de Saúde nas equipes de desenvolvimento. Inferimos que a ampliação da presença deles potencializaria a adequação dos produtos às demandas iniciais.

Sete maratonas previam estratégias para o desenvolvimento posterior dos projetos, o que corrobora a sinalização da literatura sobre o foco das maratonas, consideradas produtivas para etapa de concepção (protótipos), mas limitadas para qualificação e operacionalização das propostas formuladas². No tocante à avaliação, cinco *hackathons* não divulgaram em suas respectivas páginas e regulamentos a composição do júri ou os critérios avaliativos. Apenas um fez a divulgação nominal nos componentes da banca avaliadora, e outro indicou sua composição profissional, espelhada na composição das equipes formadas no evento.

Os critérios de avaliação elencados podem ser agrupados em seis subconjuntos, referentes às seguintes características dos produtos: 1) Utilidade e adequação ao desafio proposto; 2) Inovação; 3) Qualidade técnica; 4) Viabilidade; 5) Experiência do usuário; e 6) Execução da solução, descritos sob diferentes designações, conforme apresentado no Quadro 2.

Quadro 2. Critérios de avaliação das soluções criadas em *hackathons* realizados no Brasil com desafios no campo da Saúde

Temática central	Descrições encontradas	Número de maratonas que incluíram critérios com essas temáticas
Utilidade e adequação	Interesse público/Utilidade/Impacto social/Alcance da solução/Adequação da solução ao desafio proposto	7
Inovação	Criatividade (3)/Originalidade/Grau de inovação (2)/Conceito/ <i>Design</i> (3)/Originalidade/Disruptividade da inovação	12
Qualidade técnica	Qualidade técnica/Dificuldade tecnológica/Integração da plataforma de Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA)/Tecnologias utilizadas/Qualidade do código (clareza, modularização, facilidade de manutenção e documentação)	5
Viabilidade	Aplicabilidade/Viabilidade de execução real da solução tecnológica apresentada	4
Experiência do usuário	Usabilidade (interação, motivação)/Interação com o público, comunicabilidade/Experiência do usuário	3
Grau de execução da solução	Maturidade do projeto (interação das telas, exploração do tema, usabilidade)/Execução	2

Segundo a literatura, a avaliação frequentemente é realizada por especialistas convidados e/ou organizadores, como encontrado nos resultados desta pesquisa. O julgamento dos produtos é visto como fator relevante na dinâmica dos eventos, variando o grau de estruturação prévia dos critérios. Alguns dos critérios considerados pertinentes em geral são a exequibilidade dos projetos em termos de seu desenvolvimento posterior; a dificuldade técnica e a qualidade dos produtos; a criatividade e originalidade das soluções e a adequação e/ou usabilidade em relação ao seu público-alvo^{3,4}. A organização do julgamento foi um dos pontos que a literatura indicou necessidade de especial atenção, no sentido de garantir critérios formalizados de maneira adequada, e uma condução que ressalte os aspectos positivos da experiência².

Nos critérios sistematizados na tabela, observamos maior concentração na originalidade das soluções, sendo que vários eventos previam no regulamento o plágio (parcial ou integral) e a ausência de ineditismo (soluções já formuladas e/ou comercializadas antes do evento) como critérios para o rompimento contratual e cancelamento da participação. No polo oposto, a experiência do usuário, ainda que considerada, possuiu menor peso no conjunto dos critérios identificados, juntamente com o

grau de execução do produto. Este último foi o critério menos explicitado, o que correlacionamos com o foco dos eventos na etapa de formulação das soluções.

Os eventos mapeados possuíram programação e organização bastante diversificadas, em consonância com trabalho de revisão encontrado sobre a metodologia². Apesar da variabilidade, é frequente que as maratonas iniciem com apresentações sobre a proposta, esclarecendo sobre os objetivos, metodologia e prêmios, quando disponíveis. Metas e desafios tanto podem ser expostos no início quanto previamente, dependendo da metodologia empregada. Embora menos frequente, também se observa a possibilidade de que sejam elaborados no próprio evento².

Uma das maratonas mapeadas compunha uma estratégia de internacionalização de um dos *hackathons* internacionais mais tradicionais, intitulado Campus Party e organizado pela empresa Futura Networks desde 1997, na Espanha. Dois explicitaram que a maratona previa atividades ininterruptas, corroborando o imaginário que caracterizou os eventos iniciais, marcados pela intensividade das atividades que favorece contatos menos superficiais e formais, gerando oportunidades de inserção em redes de trabalho (*networks*) e ampliando possibilidades de conhecer e colaborar na criação de novos projetos, de médio e longo prazo³.

No tocante à formação das equipes, encontramos estratégias diferentes, todas já descritas nos relatos de experiência anteriores^{1,2,5}, que indicam que *hackathons* aplicados tendem a incluir seleção prévia dos participantes, balizada por sua *expertise* nas temáticas em foco. A formação das equipes é considerada uma das etapas centrais da metodologia, necessariamente presente nos diferentes arranjos, uma vez que constitui o núcleo do trabalho colaborativo. Podem ser definidos ou sugeridos pela organização o tamanho e características dos grupos, ou mesmo a composição das equipes. Quando estes são formados no evento, é frequente que sejam agrupados em torno de propostas e ideias compartilhadas, baseado em interesses e habilidades individuais^{2,7}. Nesse caso, a programação reserva momento específico para os participantes proporem, selecionarem e aderirem a propostas de desenvolvimento⁵.

A programação incluiu atividades para conhecimento das demandas embasadoras dos desafios, palestras, tempestades de ideias, discussão dos grupos com convidados e organizadores, momentos para composição das equipes e recursos de relaxamento de grupo como estratégia para intervir na dinâmica das equipes e na concentração dos participantes. A apresentação pública dos resultados foi valorizada, sendo inclusive tratada como aspecto da premiação em duas maratonas, o que sugere o reconhecimento social e técnico como elemento motivacional importante. Esse aspecto também foi abordado por Linnel et al.³, que enfatizam que a apresentação pública proporciona o compartilhamento, aprendizagem coletiva e reconhecimento social dos envolvidos. Além dessas características, destaca-se o recurso ampliado à mentoria, um tipo de orientação de profissional qualificado ofertado aos grupos pela organização.

Considerações finais

Os resultados encontrados no mapeamento da realização de *hackathons* com desafios voltados para o campo da Saúde evidenciam o crescimento desses eventos no Brasil a partir de 2012. De modo geral, os elementos e características neles identificados reforçam o potencial da metodologia, em particular por possibilitar unir vários atores, principalmente das áreas de tecnologia, gestão e comunicação, aproximando-os de problemas sociais e empresariais da saúde.

O trabalho colaborativo e intensivo durante as maratonas, unindo várias *expertises* em equipes, parece realmente potencializar o surgimento de ideias criativas para solucionar problemas e/ou qualificar políticas, programas e estratégias da gestão pública e empresarial na saúde. Ressaltou-se, contudo, participação pouco expressiva de profissionais de Saúde nesses eventos, o que pode ser melhor investigado e incentivado, a fim de compreendermos o impacto de sua participação na qualidade e adequação das soluções criadas.

Em síntese, os resultados corroboram a percepção de que as maratonas *hackers* promovem em essência o desenvolvimento tecnológico, em espaço dinâmico e com amplo potencial criativo.

Ponderamos, contudo, sobre a importância de um desenho bem definido referente ao desafio, uma vez que as maratonas *hackers* são atividades que requerem clara orientação. Nesse sentido, o redirecionamento e ampliação do potencial desse evento não sugere simplesmente um empréstimo das maratonas *hackers* pelas outras áreas de atuação, mas também a necessidade de escolha de estratégias metodológicas específicas, direcionadas pelos objetivos traçados. Não obstante, algumas características foram confirmadas como estruturantes da metodologia: o trabalho colaborativo, a intensividade, a informalidade, o foco na inovação e na aplicação e desenvolvimento tecnológico. Em menor medida, a competitividade também pode ser destacada.

Observamos que os *hackathons* são capazes de promover um diálogo entre as áreas, propiciando uma visão multifacetada das questões colocadas pelo desafio. Esse fator permite um ambiente favorável ao próprio aspecto criativo, que amplia a capacidade inovadora para os produtos elaborados nas maratonas. Além disso, a metodologia parece possuir interessante potencial formativo, na medida em que tem como elementos centrais a colaboração e a inovação, o que é particularmente importante quando empregadas em desafios com grande relevância social. Essas características revelam-se oportunas à formação profissional em Saúde, que encontra como um de seus grandes desafios o trabalho em equipes multiprofissionais e a construção de autonomia criativa no enfrentamento de problemas constituídos por complexas determinações sociais.

Colaboradores

Francini Lube Guizardi e Karina Fernandes trabalharam na concepção do projeto, coleta e análise dos dados, discussão dos resultados, redação e aprovação final do texto. Ana Silvia Pavani Lemos e Fernanda Maria Duarte Severo contribuíram na redação, discussão dos resultados, revisão e aprovação final do texto.

Referências

1. McArthur K, Lainchbury H, Horn D. Guia para hackathon de dados abertos. Tradução Angeluci A [Internet]. 2012 [citado 15 Mai 2016]; Disponível em: <http://www.acesasp.sp.gov.br/wp-content/uploads/2015/03/Como-fazer-um-hackathon.pdf>.
2. Briscoe G, Mulligan C. Digital innovation: the hackathon phenomenon. London: CreativeWorks LondonWorking Paper; 2014.
3. Linnell N, Figueira S, Chintala N, Falzarano L, Ciancio V. Hack for the homeless: a humanitarian technology hackathon. In: Global Humanitarian Technology Conference (GHTC); 10-13 Oct 2014; San Jose, USA. San Jose: IEEE; 2014. 577.
4. Li LM, Johnson S. Hackathon as a way to raise awareness and foster innovation for stroke. *Arq Neuropsiquiatr*. 2015; 73(12):1002-4.
5. Stoltzfus A, Lapp H, Matasci N, Deus H, Sidlauskas B, Zmasek CM, et al. Phylotastic! Making tree-of-life knowledge accessible, reusable and convenient. *BMC Bioinformatics*. 2013; 14(158):1-17.
6. Walker A, Ko N. Bringing medicine to the digital age via hackathons and beyond. *J Med Syst*. 2016; 40(4):98.

7. Aungst TD. Using a hackathon for interprofessional health education opportunities. *J Med Syst.* 2015; 39(5):60.
8. OpenBSD. Hackathons [Internet]. [citado 22 Jul 2016]. Disponível em: <https://www.openbsd.org/hackathons.html>.
9. D'Ignazio C, Hope A, Metral A, Zuckerman E, Raymond D, Brugh W, et al. Hacking the hackathon with breast pumps and babies [Internet]. *J Peer Prod.* 2016; 8:1-25 [citado 22 Jul 2016]. Disponível em: <http://peerproduction.net/wp-content/uploads/2016/03/Hacking-the-hackathon-draft.pdf>.
10. The Homebrew Computer Club [Internet]. Mountain View (CA): Computer history museum; 2016 [citado 05 Ago 2016]. Disponível em: <http://www.computerhistory.org/revolution/personal-computers/17/312>.
11. Wozniak S. Homebrew and how the apple came to be [Internet]. *Atariarchives.org* [citado 05 Ago 2016]. Disponível em: http://www.atariarchives.org/deli/homebrew_and_how_the_apple.php.
12. Bormann R. Desarrollando América Latina, el último hackatón del año. *Blogs Infobae* [Internet]. Buenos Aires: Infobae.com; 2012 [citado 10 Abr 2016]. Disponível em: <http://blogs.infobae.com/gobierno-abierto/2012/11/26/dal2012-desarrollando-america-latina-el-ultimo-hackaton-del-ano/>.
13. Leite C. Aplicativo Recife Saúde vence o torneio Hacker Cidadão. *JC Online* [Internet]. 2013 [citado 10 Abr 2016]. Disponível em: <http://jconline.ne10.uol.com.br/canal/tecnologia/noticia/2013/07/20/aplicativo-recife-saude-vence-o-torneio-hacker-cidadao-90786.php>.
14. Federação das Indústrias do estado de São Paulo. 2º Hackathon CJE FIESP [Internet]. São Paulo: FIESP; 2014 [citado 15 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.fiesp.com.br/agenda/2o-hackathon-cje-fiesp/>
15. Fundação Oswaldo Cruz. Fiocruz Brasília sedia 'hackathon', maratona sobre inovação e conhecimento em saúde [Internet]. Brasília: Fiocruz; 2014 [citado 15 Abr 2016]. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/1o-hackathon-para-gestao-do-conhecimento-em-saude-e-realizado-na-fiocruz-brasilia>.
16. Federação das Indústrias do estado de São Paulo. 3º Hackathon CJE FIESP [Internet]. São Paulo: FIESP; 2014 [citado 15 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.fiesp.com.br/agenda/3o-hackathon-cje-fiesp/>
17. Venturini J. Conheça os projetos que podem transformar a realidade latinoamericana premiados pelo DAL 2014 [Internet]. Cambridge: Open Knowledge Brasil; 2014 [citado 15 Abr 2016]. Disponível em: <http://br.okfn.org/2014/12/17/conheca-os-projetos-que-podem-transformar-a-realidade-latinoamericana-premiados-pelo-dal-2014/>
18. HackPUC [Internet]. Rio de Janeiro: PUC Rio; 2014 [citado 15 Abr 2016]. Disponível em: <https://www.passeidireto.com/hackpuc/>.
19. Ministério da Saúde (BR). HackSUS: Comunidade de práticas [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2015 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: <https://ajuda.atencaobasica.org.br/hacksus/>
20. Guedes S. Hackathon busca soluções digitais para os setores de saúde e eventos [Internet]. Brasília: Agência Sebrae de Notícias; 2015 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.mg.agenciasebrae.com.br/sites/asn/uf/MG/hackathon-busca-solucoes-digitais-para-os-setores-de-saude-e-eventos>.
21. Hospital Innovation Show. Hackathon Hack4Health [Internet]. São Paulo: HIS; 2015 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: <http://saudebusiness.com/his/2015/event/hack4health/>

22. Lopes I. Goiás estimula empreendedorismo do estado através de Hackathonda transparência [Internet]. São Paulo: Canaltech; 2015 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: <https://corporate.canaltech.com.br/materia/startups/goias-estimula-empreendedorismo-do-estado-atraves-de-hackathona-da-transparencia-54923/>
23. Associação Brasileira das Empresas do Mercado Erótico e Sensual. Hackathon ABEME [Internet]. São Paulo: ABEME; 2016 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: <http://hackathonabeme.blogspot.com.br/2016>.
24. Prefeitura Municipal de Campinas. Informática de Municípios Associados e Sensedia. Hackathon Campinas/SP [Internet]. Campinas: IMA; 2016 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: <http://hackathon.ima.sp.gov.br/>
25. PRODAM. Governo do Estado do Amazonas. Prodam realiza I Hackathon PRODAM 2016 [Internet]. Manaus: PRODAM; 2016 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.prodam.am.gov.br/2016/02/26/prodam-realiza-i-hackathon-prodam-2016/>.
26. Agência de Imprensa. Aplicativo desenvolvido por alunos irá mapear os focos de dengue em São José dos Campos [Internet]. São José dos Campos: AI; 2016 [citado 20 Abr 2016]. Disponível em: <http://agenciadeimprensa.com.br/site/2016/04/aplicativo-desenvolvido-por-alunos-ira-mapear-os-focos-de-dengue-em-sao-jose-dos-campos/>.
27. Fundação Oswaldo Cruz. Hackathon em Saúde: Maratona de desenvolvimento de aplicativos e inovações tecnológicas para o SUS [Internet]. Brasília: IBICT/Fiocruz; 2016 [citado 24 Out 2016]. Disponível em: <http://hackathon.icict.fiocruz.br/>.

Guizardi FL, Santos KF, Lemos ASP, Severo FMD. Maratones *hackers* en Brasil con desafíos en el campo de la Salud. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):447-459.

El objetivo de este estudio fue mapear la realización de maratones *hackers* en Brasil, con desafíos enfocados en el campo de la Salud. Se espera que la descripción y sistematización de los aspectos metodológicos de los eventos identificados, comparados con informaciones provenientes de investigación bibliográfica, auxilien en la divulgación y aplicación de la metodología en la Salud. De carácter exploratorio y descriptivo, el mapeo se realizó por medio de una investigación *web*, con el buscador Google, y en la base de datos Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), incluyendo el período entre 2000 y 2016. Se identificó la realización de 16 *hackathons* que abordaron desafíos o soluciones en la Salud, todos ellos realizados a partir de 2012. Los resultados encontrados subrayan el potencial de la metodología como fomento a la creatividad y a la innovación a partir del trabajo colaborativo en equipo multi-profesional para soluciones oportunas en el campo de la Salud.

Palabras clave: *Hackathon*. Metodología. Salud. Colaboración. Innovación en Salud.

Submetido em 11/02/17. Aprovado em 03/05/17.

Responsabilidade e sentimento de culpa:

uma vivência paradoxal dos profissionais de terapia intensiva pediátrica

Tereza Cristina Peixoto^(a)
 Izabel Christina Friche Passos^(b)
 Maria José Menezes Brito^(c)

Peixoto TC, Passos ICF, Brito MJM. Responsibility and guilt: paradoxical feelings among professionals from a pediatric intensive care unit. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):461-72.

The objective of this study was to analyze the nature of responsibility at work among health professionals in a pediatric intensive care unit. This qualitative research involved data gathering from semi-structured interviews with a heterogenous group of 14 professionals. Systematic observations were carried out at different working hours, across a total of eighty hours, and were registered in a logbook. Discourse analysis was based on Foucault. The study showed that the feeling of responsibility is converted into a feeling of guilt by health professionals, based on the intermeshing of truth systems that draw on the fields of legal power, Christianity and medical knowledge, all of which impact on the individual's practices. The difficulties in dealing with limits in the professional sphere lead to conflicts between professionals which cause suffering when it comes to dealing with the death of children.

Keywords: Interprofessional relations. Professional responsibility. Professional ethics.

O objetivo deste estudo foi analisar a constituição da responsabilidade no trabalho de profissionais de saúde em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. A pesquisa é de abordagem qualitativa, com coleta de dados mediante entrevistas com roteiro semiestruturado a um grupo heterogêneo de 14 profissionais. Foram realizadas observações sistemáticas em diversos horários de trabalho, em um total de oitenta horas, registradas em diário de bordo. A análise do discurso fundamentou-se na perspectiva foucaultiana. A partir deste estudo, aponta-se que o sentimento de responsabilidade é convertido em sentimento de culpa pelos profissionais, a partir de um entrelaçamento de regimes de verdades provenientes dos campos do poder judiciário, do Cristianismo e do saber médico, que incidem sobre as práticas. As dificuldades em lidar com limites na atuação profissional desencadeiam conflitos interprofissionais geradores de sofrimento no lidar com a morte de crianças.

Palavras-chave: Relações interprofissionais. Responsabilidade profissional. Ética profissional.

^(a) Centro Universitário UNA, Departamento de Psicologia, Instituto de Ciências Humanas. Rua Bogotá, nº 383, apto. 202, Jardim América. Belo Horizonte, MG, Brasil. 30421-392. terezacpc@hotmail.com

^(b) Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte, MG, Brasil. izabelfrichepassos@gmail.com

^(c) Departamento de Enfermagem Aplicada, Escola de Enfermagem, UFMG. Belo Horizonte, MG, Brasil. mj.brito@globo.com

Introdução

O aumento da responsabilidade e da autonomia dos profissionais de saúde é exigência para a qualidade e humanização da assistência, considerando participação na gestão e vinculação com os usuários¹. A Política Nacional de Humanização (PNH), proposta pelo Ministério da Saúde em 2003, objetiva o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir da valorização de novos modos de subjetividade tanto nas práticas assistenciais quanto na gestão². Espera-se que a assistência seja norteadada pelo conceito ampliado de saúde que considera os determinantes sociais do processo de saúde e doença e pela democratização nos serviços. A cultura da humanização valoriza o diálogo, a inventividade e a solidariedade nas relações entre profissionais, usuários e gestores¹.

A PNH aponta ainda a importância de uma formação profissional com compromisso ético-estético-político. A dimensão ética se refere à defesa da vida de todos os sujeitos, com respeito às singularidades e às diferenças; a dimensão política corresponde à democratização das relações; e a dimensão estética, à inventividade nas práticas assistenciais, com ampliação das normas e possibilidades de vida para os usuários¹.

Essa cultura, defendida pela PNH, difere da que predomina nas relações entre os sujeitos na sociedade atual, caracterizada pelo capitalismo integrado e predomínio do saber medicalizante. No mundo moderno, os dispositivos de governo são difusos e objetivam a produção de modos de subjetividades, ou seja, modos de os indivíduos verem o mundo e a si mesmos e de se relacionarem. Esses dispositivos são construídos a partir da aliança do Estado com os saberes da ciência, em especial da Medicina, da Epidemiologia, da Psicologia, da Economia, entre outros. A partir desses saberes, o Estado prescreve modos de viver para a população, em prol da longevidade e da qualidade de vida, assegurando os direitos sociais, e, ao mesmo tempo, regulando os modos de viver³.

Ademais, as mudanças dos valores morais na modernidade apontam para o momento em que os interesses político-econômicos difundem identidades fixas, comportamentos consumistas, ideais de perfeccionismo e individualismo⁴. Os discursos do SUS e dos novos dispositivos do governo se encontram em constantes disputas e negociações com outras lógicas que compõem o campo híbrido do trabalho em saúde, como a judicialização, a formação de recursos humanos, entre outras.

Em outra direção, no campo jurídico, a responsabilização profissional tem sido enfatizada de modo crescente nos últimos anos⁵. Compreende-se que o dever do Estado em assegurar saúde e dignidade de vida à população tem intensificado a regulação sobre os serviços prestados a esta. Ademais, outros fatores contribuem para o aumento das denúncias judiciais contra os profissionais, como o aumento da conscientização dos cidadãos; a má relação de alguns médicos com seus pacientes e os interesses de mercado visando ao pagamento de indenizações⁵.

A produção da autonomia, na perspectiva da PNH, requer alteridade e reconhecimento das diferenças, que são possíveis mediante reflexão crítica dos sujeitos. A autonomia é condição para uma postura da ética da responsabilidade, que compromete o sujeito com os riscos de suas escolhas¹. No entanto, apesar da importância da autonomia e da responsabilidade, esperadas nos serviços de saúde, as práticas assistenciais e de gestão ainda configuram um campo produtor de comportamentos pouco participativos e comprometidos dos sujeitos⁶.

A partir desse contexto, entendemos que as exigências de autonomia e responsabilidade dispostas na atualidade são paradoxais, podendo representar novas técnicas de manipulação e objetivação dos sujeitos, inclusive com o emprego da judicialização, que, ao mesmo tempo, assegura os direitos dos usuários, mas favorece a subjugação dos profissionais.

Considerando esse contexto, problematiza-se como se constitui o sentimento de responsabilidade em um setor, como o da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), em que os profissionais lidam com situações-limite: o cuidado de crianças em condição crítica, com práticas de tratamento invasivas e medicalizantes que também as expõem a eventos adversos. Nessa direção, o objetivo deste estudo foi analisar a constituição da responsabilidade profissional no trabalho em uma UTIP.

Acreditamos que esta pesquisa se alinha às investigações que analisam a micropolítica do trabalho em saúde para a produção de novos modos de subjetividade no campo da Saúde Pública, norteados pelos princípios do SUS⁷. Interessa-nos estimular novas problematizações que originem posturas éticas que favoreçam a humanização, a qualidade e a saúde no trabalho nas UTIP.

Metodologia

Esse é um estudo que se apoia na abordagem qualitativa⁸. Trata-se de uma modalidade de estudo de caso, com análise em profundidade de uma unidade de saúde. Seguindo a teorização foucaultiana, buscou-se a análise dos saberes e práticas que sustentam os comportamentos éticos dos sujeitos.

O cenário de estudo foi a UTIP de um hospital universitário. A referida unidade foi escolhida por sua complexidade, uma vez que envolve alta tecnologia, saberes estruturados das diversas especialidades profissionais e, ao mesmo tempo, demandas subjetivas das crianças, de seus pais e dos próprios profissionais. Esse é um setor que favorece a análise das implicações éticas de responsabilização dos profissionais diante de um trabalho que envolve situações de alta vulnerabilidade, ao mesmo tempo que é controlado pela tecnologia e protocolos clínicos estritos.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e do referido hospital onde o estudo foi desenvolvido. Foram seguidas todas exigências estabelecidas na resolução do Conselho Nacional de Saúde Brasileiro n. 466/12. A apresentação literal dos trechos transcritos das entrevistas foi identificada pela inicial de cada profissão.

A pesquisa ocorreu no período de junho a agosto de 2015. A coleta de dados foi feita por meio de observações do processo de trabalho, da dinâmica do setor e das relações interpessoais, registrados no Diário de Bordo (DB), com um total de 120 páginas; além de entrevistas com roteiro semiestruturado a um grupo heterogêneo de profissionais de saúde, com participação de dois médicos, duas enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem, dois fisioterapeutas, um terapeuta ocupacional, uma psicóloga, um nutricionista, um coordenador médico e um coordenador da enfermagem, perfazendo 15 profissionais. As enunciações das entrevistas serão apresentadas com as iniciais da profissão e numeração dos profissionais, para a preservação do anonimato. Os fragmentos discursivos das observações serão apresentados pelas iniciais DB, seguido da paginação do diário.

As perguntas norteadoras foram sobre como é trabalhar na unidade, como é o lidar com crianças doentes, como são as relações interprofissionais, quais são os fatores que dificultam e facilitam o trabalho na UTIP, como é o trabalho em equipe, como são as reuniões interprofissionais, que efeito o trabalho na UTIP provoca na vida dos profissionais.

A análise do discurso se fundamentou na perspectiva foucaultiana. Identificamos, inicialmente, os enunciados que compõem as formações discursivas que transversalizam as práticas no setor, a saber: o saber médico, o Cristianismo e a judicialização das práticas médicas. As formações discursivas são regras anônimas e históricas e abrangem verdades e práticas disciplinares em determinado momento socio-histórico⁹. Os resultados e sua discussão serão apresentados considerando-se os eixos analíticos: micropolítica das relações interprofissionais e o saber médico; e o Cristianismo.

Micropolítica das relações interprofissionais

O setor da UTIP é altamente regulamentado e normatizado por leis, protocolos clínicos, instruções de trabalho e registros contínuos dos procedimentos. O saber médico é o que predomina e fundamenta as práticas e protocolos, o que justifica também a centralidade do poder de decisão terapêutica desses profissionais.

Com relação ao saber e poder médico, sua autonomia profissional construída ao longo do século XIX confere liberdade de ação a esses profissionais no processo de trabalho, com igual posição de autoridade social e político-ideológica sobre a saúde e o adoecer, tanto na ciência quanto nos valores morais. No entanto, a partir do desenvolvimento científico e da inserção tecnológica e institucional do médico, produziram-se estrangulamentos na liberdade de ação conquistada. A atuação do profissional médico em uma instituição exige sua adesão a um conjunto tecnológico que abrange aparelhos sofisticados e protocolos clínicos fundamentados em evidências científicas¹⁰.

Essa configuração do processo de trabalho médico, diferentemente do espaço do consultório, restringe sua autonomia em relação à condução clínica do paciente e às singularidades dos casos. Salienta-se que a atuação do médico envolve sempre um certo empirismo na medida em que a ciência não abrange as especificidades dos casos. Esses profissionais vivenciam um dilema entre respaldar seus atos decisórios pelo predomínio da técnica e evidência científica ou aliar a técnica à ética, considerando

os encontros com os pacientes e demais profissionais para refletir criticamente a respeito das decisões a serem tomadas¹¹. Nesse último modo de ação, o profissional se fortalece, pois conta com a participação de outros atores na proposta terapêutica. Na UTIP em estudo, foi observado que os médicos mantêm boa relação e comunicação da terapêutica com os pais das crianças e, ao mesmo tempo, respaldam seus atos em protocolos clínicos.

Nesse cenário, a autonomia dos médicos é também regulada pelo aumento de denúncias judiciais dos usuários contra os profissionais de saúde, que impacta nas relações dos profissionais com os usuários e dos profissionais entre si, no trabalho em equipe. Evidencia-se que as relações conflituosas entre médicos e usuários favorecem o aumento dessas denúncias por parte dos usuários⁵. No contexto jurídico, a responsabilidade é uma cobrança legal, exposta a conflitos.

Essa situação é intensificada no trabalho na UTIP, por envolver o lidar com crianças em situação de criticidade, o que faz com que os profissionais se tornem ainda mais vulneráveis, em suas práticas profissionais, em face dos eventos iatrogênicos. Tais eventos são provocados de modo indesejável pela própria terapêutica. Esse fato contribui para sentimentos de intensa cobrança dos profissionais consigo mesmos e com os demais, como também pela sociedade¹¹.

Entendemos que o trabalho em saúde tem se tornado ainda mais complexo e paradoxal diante da disputa dos interesses corporativos, empresariais, da defesa dos direitos dos cidadãos que devem ser assegurados pelo Estado¹² e, ao mesmo tempo, da complexidade da terapêutica. Para a proteção dos cidadãos perante os riscos advindos dos tratamentos de saúde, as leis que regulamentavam a profissão dos médicos e dos demais profissionais modernizaram-se na direção de assegurar os direitos humanos e a dignidade da vida. O paciente, enquanto cidadão, projeto do Estado Liberal, dispõe de vários mecanismos legais para sua proteção, como o Código de Defesa do Consumidor (CDC) e os juizados especiais cíveis e criminais para o julgamento das infrações de menor potencial ofensivo¹².

Ante os processos de defesa do consumidor, o erro médico tem sido alvo de controle e denúncias, o que também representa uma instituição que alimenta a indústria de indenizações. A exigência da responsabilidade profissional para a qualidade do atendimento e segurança dos procedimentos terapêuticos é o que se convencionou para satisfazer a responsabilidade legal e o cumprimento das cláusulas contidas na Lei do Exercício Profissional, apesar de nenhum código de ética conseguir abranger os dilemas éticos vivenciados diante do desenvolvimento científico e tecnológico¹².

O crescente número de denúncias judiciais por parte dos usuários é desencadeado pelo aumento da conscientização da população sobre seus direitos, mas também pela influência de interesses corporativos⁵. No entanto, o mecanismo judicial de cobrança de responsabilidade do profissional para atender às exigências do governo e dos usuários dificulta a autonomia do profissional¹¹. A subjetividade produzida nesse contexto normativo, com regras e ações prescritas e coercitivas, dificulta escolhas autônomas e responsáveis dos profissionais perante tomadas de decisão. As decisões fundamentadas somente nas normas descomprometem o profissional que se defende pelo cumprimento de normas e protocolos clínicos¹¹.

Salienta-se que os referenciais normativos e de responsabilidade legal exigidos na UTIP produzem modos de pensar que favorecem conflitos, como no relato desta enfermeira: “[...] Os médicos de lá são pessoas que têm características fortes e são muito exigentes, mas usam de um... poder médico pra amedrontar e aterrorizar as pessoas” (E. 3).

Como resultado da tensão no exercício profissional dos médicos com relação ao tratamento, evidenciam-se comportamentos com busca acirrada por controle sobre os processos de trabalho dos demais profissionais¹³. Esse aspecto fragiliza a integração da equipe, além de favorecer sofrimento no trabalho.

Na UTIP, há centralidade do saber médico, com ênfase na estabilização dos padrões orgânicos para assegurarem a manutenção da vida das crianças. Tais saberes provenientes da ciência positivista sustentam as práticas de qualidade assistencial a partir de protocolos e diversos mecanismos de controle dos processos de trabalho¹³. Entendemos que esse é um território organizado, similar ao campo disciplinar jurídico, com saberes e mecanismos de vigilância e controles sofisticados.

As relações entre os sujeitos são modeladas em um compacto dispositivo disciplinar composto em um espaço fechado, com vigilância contínua, em que os profissionais têm funções e práticas definidas,

com uma estrutura hierárquica constante no exercício profissional¹⁴. Nesse contexto, na UTIP, são produzidos comportamentos culpabilizantes e amedrontadores nos profissionais.

Esse sistema de vigilância passa a fazer parte do comportamento do próprio profissional consigo e com os outros, responsabilizando os profissionais perante as situações inesperadas ou de fracasso terapêutico. Na busca desenfreada por estabilização orgânica das crianças, o fracasso terapêutico ou a morte são associados à incompetência profissional, e não à impossibilidade de cura. A esse fato, acrescentam-se os dilemas éticos dos profissionais perante a decisão de interromper o investimento na cura das crianças. Ressalta-se a importância do fortalecimento da equipe de profissionais no enfrentamento dessas situações e da qualidade da assistência¹⁵.

Outro aspecto importante que se relaciona com o fracasso nos procedimentos refere-se à diversidade de vínculos profissionais e condições precárias de trabalho que impactam na dinâmica dos cuidados e no sofrimento dos profissionais. A esse respeito, na época deste estudo, o setor possuía diversos vínculos profissionais e contratos precários de trabalho, pois aguardavam a contratação dos aprovados em um concurso público, que regularizaria essa situação. A enfermagem, em especial, encontrava-se fragilizada, pois, além da diversidade de vínculos, possuía profissionais recém-contratados, admitidos muitas vezes sem treinamento adequado em função da alta rotatividade no setor.

Em contrapartida, a equipe médica estava coesa e organizada. Ela conseguiu elaborar seus protocolos clínicos, discutia casos e estudava com os residentes, o que contribuía para o fortalecimento desse grupo. Essa disparidade entre os grupos favorecia o aumento do controle dos médicos sobre o trabalho da enfermagem e dos demais profissionais, como exemplificado na enunciação do M. 1: “Antes tinha uma desorganização grande da equipe médica; quando isso organizou, que se montou protocolo, começou a criar um abismo muito grande entre o que a equipe médica queria e o que a enfermagem é capaz de oferecer” (M. 1).

A organização do trabalho também dificultava a integração da equipe, apesar do reconhecimento da importância da horizontalização do poder decisório entre os profissionais para a construção da interdisciplinaridade⁶.

Na UTIP em estudo, havia diversos vínculos empregatícios, com diferentes remunerações, distintas cobranças e controle hierárquico. A esse respeito, um dos médicos relatou: “[...] os médicos não estão ganhando tão bem, mas médico ganha bem melhor do que o restante das profissões. Eu sinto que parte das pessoas não consegue ter uma dedicação grande porque não se sentem confortáveis com o que ganham” (M. 2).

Entendemos que há importância atribuída ao dinheiro, como um dispositivo de vigilância do Estado que regula as relações entre os profissionais na UTIP. Nesse contexto, há necessidade de saberes técnicos altamente especializados.

Na micropolítica das relações no hospital, os médicos têm mais autonomia sobre seus atos e demandam e regulam o trabalho dos demais profissionais de saúde sem serem regulados em contrapartida¹⁶. Paradoxalmente, em momentos de responsabilização por eventos inusitados no tratamento, os médicos buscavam compartilhar algumas responsabilidades, como no exemplo a seguir:

Quem vai contar para a família é a enfermagem, pois se aconteceu uma falha tem que falar. Mas acontece que as pessoas sempre acham que essa fala é de acusação, e não é. Quantas vezes a gente tentava; o médico é que tinha que ir lá e dar todas as notícias? Não damos conta de fazer isso e vamos dividir a responsabilidade. (M. 3)

Em face da responsabilização dos médicos perante as denúncias judiciais, emergem discussões polêmicas em torno do ato médico, com divisão da responsabilidade do cuidado com a equipe de profissionais de saúde. Entende-se que esse clima de tensão, a hierarquia médica e empecilhos para a integração efetiva da equipe expõem os médicos a responderem pelos danos ocorridos no tratamento.

Na esteira das preocupações com relação aos processos de trabalho e da responsabilidade perante a saúde das crianças, alguns médicos exageravam o controle sobre o trabalho dos demais, fragilizando ainda mais a equipe, como exemplificado nesta enunciação: “Teve uma época que tivemos uma médica lá no hospital, lá na UTIP, que orientou os pais a nos vigiar, vigiar a enfermagem” (T. 3).

A vigilância sobre o trabalho dificulta a autonomia dos profissionais, a integração da equipe interprofissional e gera sofrimento¹³, como no relato a seguir: “E a gente tem que pegar e conversar com quem tá chorando muito, e que não aguenta mais. Porque eles tão em cima, se der uma deslizada eles tão em cima” (E. 2).

Esse relato se refere ao sofrimento dos técnicos de enfermagem com os médicos.

As técnicas e os técnicos de enfermagem se tornam mais expostos aos erros e cobranças por parte dos médicos por lidarem continuamente com as crianças e seus pais, executando prescrições médicas e de cuidados com crianças gravemente enfermas. Uma pesquisa sobre a produção de subjetividade na experiência de si da enfermeira evidencia que a enfermagem na unidade de terapia intensiva representa a extensão do braço do médico, uma vez que suas práticas se fundamentam no campo de saber desses profissionais¹⁷.

Ademais, durante a observação, em alguns momentos verificaram-se situações em que a falta de materiais dificultava o trabalho e gerava sofrimento, como na seguinte descrição:

A fisioterapeuta pediu para a enfermeira lhe dar uma sondinha para aspirar a criança, que estava com muita secreção, dizendo: “Pode ser uma sonda de número 06, pois a de número 08 não tem há uma semana”. Nesse momento, uma técnica de enfermagem Y disse: “Toma aqui, para você não falar que nunca te dei nada”. (DB, p. 28)

Os profissionais, às vezes, compram o material que necessitam para o trabalho. Uma médica relatou durante a observação: “Quantas vezes a gente foi à farmácia e comprou o remédio que a criança precisava? Não foi somente uma vez. A gente deveria ter o material que precisamos para o trabalho (DB, p. 77).

Em outros momentos, os profissionais improvisavam o material, substituindo-o por outro semelhante. A improvisação gera insegurança nos profissionais com relação à eficácia, além de ser fonte de angústia¹⁸. Esse fato, associado à falta de técnicas de enfermagem por licenças médicas ou absenteísmos, como relatado pela coordenadora, expunha esses profissionais a erros nos procedimentos.

No enfrentamento das relações conflituosas desencadeadas nesse contexto, foi observado que as técnicas de enfermagem se apropriam dos mesmos mecanismos de vigilância que as controlam, para se protegerem. Na observação:

Os técnicos de enfermagem anotam constantemente tudo o que ocorre. Na rotina de trabalho realizam intervenções nas crianças; em seguida, assentam e registram o que foi realizado. Quando indaguei sobre a importância desse registro, uma técnica respondeu: “A gente registra tudo o que fazemos e assim a gente fica mais protegida. Tem que registrar mesmo, até com o nome dos médicos que prescreveram”. (DB, p. 15)

Esse comportamento é correlato às exigências dos saberes jurídicos que necessitam de evidências para a defesa dos profissionais. O dispositivo da escrita nos mecanismos disciplinares, a partir de registros, faz de cada indivíduo um caso, que o representa tal como pode ser descrito, mensurado e comparado a outros, permitindo evidência e visibilidade¹⁹. A partir dessa análise, entendemos que as profissionais se protegem pelo “dispositivo da escrita”, que é uma forma que desenvolvem para permanecer em relação, e não assujeitadas perante o poder médico.

No que diz respeito às relações desiguais de poder, observaram-se também cuidados distintos quanto à prevenção de eventos adversos, como no relato abaixo:

Isso daí é por baixo, isso foi simples, coisas muito graves aconteceram, como falar que a equipe é responsável pela morte de criança aqui dentro, a nível de infecção. E uma coisa assim, tipo uso de capote eu só não uso capote em último caso, quando não tem. E eu acho que... você viu a doutora manipular os pacientes sem capote? (Téc. 2)

Identifica-se nesse relato o autogoverno dos médicos em relação aos demais profissionais e desigualdade nas relações de poder.

A descrição a seguir apresenta a observação anterior a essa entrevista:

A técnica de enfermagem fazia procedimentos de administração de remédios em uma criança, quando a médica chegou, a observou e perguntou em voz alta e tom austero: Você está seguindo o protocolo para administração dessa medicação? A técnica inibida respondeu afirmativamente. E a médica insistiu: “Estou perguntando se está seguindo o protocolo”. A técnica confirmou após consultar a *intranet*. A técnica acenou para as demais colegas, demonstrando indignação. A médica era a única profissional que não usava capote no setor. (DB, p. 54)

Ante os confrontos interprofissionais com os médicos, os profissionais da enfermagem não se sentem reconhecidos e denunciam a forma como são cobrados, como no seguinte relato: “Eu acho que é mais falta de reconhecimento dos profissionais que a gente sente, porque a gente tá com eles todo dia, igual assim, uma frase que define muito a minha fala é... mil acertos, nenhuma parabenização, um erro, mil condenações” (E. 1).

Salienta-se que a busca de culpados pelos erros não contribui para a formação integral do profissional e para a autonomia e produz relações controladoras¹⁴, acirrando relações de insegurança e erros, como explicitado pela profissional: “É porque também tem erro demais, e o erro tem mais cobrança e, aumenta o erro, porque as meninas ficam tensas, elas ficam apavoradas como elas são tratadas” (E. 2).

Com relação aos enfermeiros, um estudo aponta que seu processo de trabalho, em uma unidade de terapia intensiva, é muito complexo, envolvendo gestão da equipe, do setor e capacitação da equipe técnica, além da assistência às crianças, o que fragiliza sua atuação. Perante a sobrecarga de trabalho, falta de condições e dificuldade da integração da equipe, esses profissionais assumem somente as funções gerenciais e os cuidados de alta complexidade, delegando os demais cuidados para os técnicos de enfermagem. No entanto, deveriam não só gerenciar, mas também realizar os cuidados diretos aos recém-nascidos e das necessidades de seus familiares¹⁸.

Diante da diversidade e complexidade de ações do enfermeiro, atualmente muitos hospitais têm reconfigurado seu papel, enfatizando a importância de sua atuação assistencial, e não mais a gerencial nessas organizações. O hospital em estudo passaria por essa mudança com a admissão dos concursados. O setor ficaria com alguns poucos técnicos para apoio e com os enfermeiros assistenciais.

Retomando a discussão acerca das diferenças hierárquicas entre os profissionais, a centralidade da responsabilização jurídica dos médicos também dificulta a integração da equipe. As exigências do Código Civil centralizam diversas cobranças nos médicos, abrangendo informações, diagnóstico, terapêutica e tratamento dos pacientes, inclusive a responsabilidade civil (com o paciente), que pode ser de ordem pessoal ou estrutural. No que tange à ordem pessoal, refere-se ao momento em que o profissional pode incorrer em erros por negligência, imperícia ou imprudência, enquanto a ordem estrutural refere-se aos momentos em que os meios e as condições de trabalho foram ineficazes²⁰. Ressalta-se que a eficácia da terapêutica prescrita pelos médicos depende do trabalho dos demais profissionais, em especial da enfermagem. Apesar de os médicos possuírem destaque na hierarquia no poder decisório na UTIP, estão mais expostos a incorrerem em erros pela abrangência do Código Civil, fato que intensifica comportamentos controladores.

Por outro lado, as relações entre os profissionais de saúde não são somente conflitivas. Há solidariedade entre eles, como exemplificado pela observação descrita a seguir:

A técnica de enfermagem, enquanto cuidava de uma criança, que estava entubada, disse às profissionais do setor, em tom alto: “Quem estará de plantão no domingo?” Uma técnica e um médico responderam que estariam. A profissional propôs que todos levassem um lanche diferente para animar o setor. Logo, combinaram de levar bolo, sorvete e refrigerante. (DB, p. 57)

Uma médica relatou durante a observação: “A gente sai junto. Eu saio sempre com a médica X. Temos que conversar fora daqui, porque o que a gente passa aqui dentro, só a gente entende, ninguém mais entende. A gente sofre muito, é muita pressão, mas a gente gosta demais do trabalho” (DB, p. 82).

Perante situações tensas, os profissionais eram mais solidários entre si, como perante a instabilidade orgânica das crianças, como na seguinte observação:

O setor estava silencioso, cada profissional estava em seu local de trabalho, algumas técnicas junto aos leitos das crianças, a enfermeira fazendo registros, o médico revendo prescrições no posto de enfermagem, ao centro da sala. De repente, em meio a tantos alarmes disparados, um chamou a atenção de todos. Todos profissionais interromperam o que estavam fazendo e se dirigiram para o leito daquela criança, sem conversar entre si. Logo começaram a intervir juntos e de modo integrado no corpo da criança. Quando os parâmetros de oxigenação apontaram estabilização, todos sorriram, e se cumprimentando pelo sucesso da intervenção. Lindo assistir um trabalho integrado assim! (DB, p. 82)

Esse fato aponta para a característica híbrida do setor, que possibilita conflitos, mas, ao mesmo tempo, relações solidárias e amistosas.

O saber médico e o Cristianismo

Ressalta-se que a tensão produzida pela dificuldade em lidar com a morte e com a dimensão subjetiva é fruto de uma formação dos profissionais que desvaloriza ou nega a subjetividade dos pacientes pela influência da ciência positivista no saber médico. Salienta-se que o saber médico influenciou a formação das demais profissões no campo da saúde. Nesse campo de saber, o controle da morte passa a ser objeto e o objetivo da ciência, pois os seres humanos passam a exigir da ciência médica o que antes esperavam da magia e da religião. O hospital é visto como o lugar onde se exclui a morte da sociedade, tanto pela cura quanto por seu distanciamento do convívio social²¹.

O fato de a morte se apresentar como algo abominável na UTIP, que deve ser evitado a todo custo, evidencia uma cultura de indivíduos-máquina, indivíduos que não podem errar. Aponta também para a negação da morte e da finitude, assim como para a negação do não saber, dos limites e da fragilidade dos seres humanos²².

O desenvolvimento científico e tecnológico distanciou a sociedade de lidar com a morte e, ao mesmo tempo, produziu um imaginário controle sobre ela²². O relato a seguir, do médico 3, evidencia que a dificuldade em lidar com os limites dos procedimentos na UTIP tem se intensificado com o desenvolvimento tecnológico e científico.

Hoje é pior do que antes, porque você tem cada vez mais recursos, você sabe... entra no computador, ali enquanto você tá no plantão, e acha um artigo de revisão, eu posso fazer isso! Quer dizer, aí hoje, você tem que tirar aquele paciente e manter ele. Antes você tinha um limite e hoje não. O limite técnico é menos frequente, você vai ter um limite da pessoa. (M. 3)

Essa enunciação elucida a ilusão do controle da ciência médica sobre a morte e da credibilidade nas possibilidades terapêuticas²². Essa forma de pensar traz dificuldades para os profissionais para lidarem com os limites terapêuticos e com seus próprios limites de ação, expondo-os ao sofrimento e a conflitos. Este outro relato exemplifica essa tensão: “Tem muito estresse. É um ambiente que a gente fica muito tenso, não é que não pode errar, e... algumas vezes não sai da forma correta, como deveria ser, isso pode causar tanto malefício por causa da situação aguda, que eu acho que cria muito estresse” (M. 3).

Ante a dificuldade em lidar com os limites na atuação profissional, após o óbito de uma criança, os profissionais relataram rever suas condutas e refletirem sobre seus atos, mas com sofrimento: “Em

parte a cada situação clínica você tem que rever sua conduta clínica para aprender com possíveis erros, ou não, coisas melhores que podiam fazer, mas não precisava ser tão... com tanta culpa, mas aí não tem jeito, é o perfil das pessoas de se sentirem culpadas" (M. 3).

Entende-se que a obstinação terapêutica é resultado de um *ethos* irrefletido das carreiras biomédicas por associarem, erroneamente, a morte ao fracasso. Paradoxalmente, os profissionais de saúde lidam intensamente com a morte, mas resistem a reconhecê-la como fato inexorável da existência²². Nesse contexto, os profissionais sofrem por se sentirem culpados com a morte das crianças.

A influência do Cristianismo no Ocidente difundiu ideias de abdicação de si mesmo para dedicação ao outro e de práticas confessionais para purificação de si mesmo. O modelo cristão formado nos séculos III e IV produziu modos de se relacionar consigo mesmo a partir do conhecimento de verdades externas aos sujeitos com vistas ao alcance da vida eterna²³. Esses ideais ascéticos induzem, ainda hoje, ao sentimento de culpa moralizante perante as condutas desviantes na sociedade²³. Na enunciação a seguir, identificamos a regulação da relação do profissional consigo mesmo a partir do discurso do Cristianismo:

Tenho fé, mas não sou praticante, mas eu fui educado para ser, então isso está arraigado dentro de mim. E eu fico assim com aquele sentimento de culpa: será que eu fiz tudo pelo meu paciente? Não? Agora eu estudo e fiz tudo que era para ter feito, mas fico com esse sentimento. Mas, acho que é muito por causa disso, dessa minha educação católica. (M. 3)

A influência do Cristianismo associada à crença imaginária do saber e poder médicos no controle sobre a morte produzem acirramento de cobranças dos profissionais consigo mesmos e com os demais. Ademais, analisa-se que a relação entre profissional de saúde e paciente ainda mantém incorporado o antigo modelo do poder pastoral, com centralização da direção do cuidado nos profissionais²³.

A enunciação desta outra profissional apresenta um pensamento racional de enfrentamento da ansiedade despertada no trabalho: "Então... para mim funciona é pensar que a gente tentou de tudo, a equipe tentou tudo e que, também a gente tem hora que... tem que saber a hora de parar, né? A vida tem um limite, né?" (Fisio. 2).

O fato de ter tentado tudo "o que poderia ser feito" denota um imaginário da possibilidade de controle sobre a morte nas práticas de trabalho na UTIP e as dificuldades em identificar os limites de atuação. Os profissionais se dedicavam tão intensamente ao trabalho que, muitas vezes, esqueciam-se de se cuidar. Alguns priorizavam o trabalho em detrimento das suas vidas pessoais.

Com relação aos médicos nesse setor, entende-se que a dificuldade com o limite de atuação pessoal e profissional dos pediatras pode ser analisada a partir da história dessa especialidade. A Pediatria surgiu com o compromisso de evitar a morte de crianças. A redução da mortalidade infantil é um indicador de qualidade de vida da população. Tal contexto contribui para a desnaturalização da morte de crianças²⁴.

Em outra direção, na multiplicidade de forças que operam no setor, em alguns momentos, observa-se que, em face do intenso envolvimento afetivo com as crianças, emerge uma nova ética no trabalho, como na seguinte observação: "Os profissionais passavam perto da criança X e brincavam com ela. Era uma criança com longo tempo de internação. A criança batia palmas quando os profissionais se aproximavam dela. Em alguns momentos, profissionais cantarolavam para a criança, que respondia com sorrisos" (DB, p. 71).

A partir do exposto, acreditamos que intervenções no setor podem transformar as formas de se relacionar entre os sujeitos, tanto consigo mesmo quanto com os outros, fortalecendo a integração da equipe, o que, por sua vez, estimula a autonomia e a responsabilidade no trabalho. Tais intervenções devem ser construídas com o grupo e considerar dispositivos que envolvam novos referenciais, de saberes e de práticas.

Considerações finais

O sentimento de responsabilidade dos profissionais na UTIP é constituído mediante práticas de trabalho organizadas por mecanismos disciplinares, reguladas por leis e verdades provenientes do saber médico e jurídico, bem como pelos valores do Cristianismo, cenário em que a responsabilidade é convertida, muitas vezes, em sentimento de culpa. Tal sentimento moralizante produz sofrimento e conflitos nas relações entre os profissionais.

Salienta-se que, nesse setor, os profissionais de saúde lidam com crianças em situação crítica e com práticas terapêuticas intervencionistas e invasivas nos corpos orgânicos, com riscos de efeitos iatrogênicos. Em contrapartida, confrontam-se constantemente com a possibilidade de denúncias jurídicas dos pais das crianças ou até mesmo dos profissionais entre si, em função da difusão dos direitos sociais por parte do Estado e pelo interesse do mercado corporativo. Evidencia-se um aumento do número de processos judiciais contra os erros médicos e dos profissionais de saúde, intensificando os mecanismos de vigilância sobre estes.

Na micropolítica das relações, observam-se comportamentos perfeccionistas. Salienta-se que o impacto da possibilidade de erros profissionais produz um nível de exigência muito elevado nas relações dos profissionais consigo mesmos e com os demais, como se fossem máquinas infalíveis, e não seres humanos. Ressalta-se a importância de intervenção no setor a fim de estimular reflexões críticas sobre o trabalho para novos posicionamentos e integração da equipe.

Colaboradores

Os autores participaram igualmente da discussão dos resultados, revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), fundação do Ministério da Educação (MEC) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. Verdi M, Finkler M, Matias MCS. A dimensão ético-estético política da humanização do SUS. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24:363-72.
2. Ministério da Saúde (BR). *HumanizaSUS (2009): documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 4a ed. Brasília; 2009.
3. Foucault M. *Segurança, território, população*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.

4. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica. Cartografia do Desejo. 7a ed. Rio de Janeiro: Vozes; 2005.
5. Vasconcelos C. Responsabilidade médica e judicialização na relação médico-paciente. *Rev Bioet.* 2012; 20:389-96.
6. Cardoso CG, Hennington EA. Trabalho em equipe e reuniões multiprofissionais de saúde: uma construção à espera pelos sujeitos da mudança. *Trab Educ Saude.* 2011; 9 Supl 1:85-112.
7. Ferreira Neto JL, Kind L, Pereira AB, Rezende MCC, Fernandes ML. Usos da noção de subjetividade no campo da Saúde Coletiva. *Cad Saude Publica.* 2011; 27(5):831-42.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
9. Castro E. Vocabulário de Foucault – um percurso pelos temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica; 2009.
10. Schraiber LB. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. *Saude Debate.* 1996; 12:45-50.
11. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: a exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. *Interface (Botucatu).* 1997; 1(1):123-40.
12. Carvalho BR, Ricco RC, Santos R, Campos MAF, Mendes ES, Mello ALS, et al. Erro médico: implicações éticas, jurídicas e perante o código de defesa do consumidor. *Rev Cienc Med.* 2006; 15(6):539-46.
13. Peixoto TC, Brito MJ. Protocolos clínicos como dispositivo analítico das relações de poder em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *Saude Debate.* 2015; 39(107):1053-64.
14. Vargas MAO, Ramos FRS. Responsabilidade no cuidar: no tempo que nos toca viver com enfermeiros(as) intensivistas. *Rev Esc Enferm USP.* 2011; 45(4):876-83.
15. Nascimento CAD, Silva AB, Silva MC, Pereira MHM. A Significação do óbito hospitalar para enfermeiros e médicos. *Rev RENE.* 2006; 7(1):52-60.
16. Carapineiro G. Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento; 1988.
17. Araújo LFS. Processos de subjetivação inscritos na constituição da experiência de si da/o enfermeiro nas práticas assistenciais de um cenário de trabalho exemplar: a Unidade de Terapia Intensiva [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
18. Montanholi LL, Merighi MAB, Jesus MCP. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. *Rev Lat-Am Enfermagem.* 2011; 19(2):[8 telas].
19. Foucault M. Vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes; 1987.
20. Oliveira DU. A responsabilidade civil por erro médico [Internet]. Rio Grande. In: *Âmbito Jurídico.* 2008 [citado 21 Out 2016]; 9(59). Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=3580
21. Foucault M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1977.
22. Diniz D. Quando a morte é um ato de cuidado: obstinação terapêutica em crianças. *Cad Saude Publica.* 2006; 22(8):1741-8.
23. Foucault M. A Hermenêutica do sujeito. São Paulo: Martins Fontes; 2004.
24. Pereira JS. História da pediatria no Brasil de final do século XIX a meados do século XX [tese]. Belo Horizonte (MG): Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais; 2006.

Peixoto TC, Passos ICF, Brito MJM. Responsabilidad y sentimiento de culpa: una vivencia paradójica de los profesionales de terapia intensiva pediátrica. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(65):461-72.

El objetivo de este estudio fue analizar la constitución de la responsabilidad en el trabajo de profesionales de salud en una unidad de cuidados intensivos pediátrica. La encuesta es de abordaje cualitativo con colecta de datos por medio de entrevistas con guion semi-estructurado a un grupo heterogéneo de 14 profesionales. Se realizaron observaciones sistemáticas en diversos horarios de trabajo, en un total de ochenta horas, registradas en un diario de a bordo. El análisis del discurso se fundamentó en la perspectiva foucaultiana. A partir de este estudio, se señala que el sentimiento de responsabilidad es convertido en sentimiento de culpa por parte de los profesionales, a partir de un entrelazamiento de regímenes de verdades provenientes de los campos del poder judicial, del Cristianismo y el saber médico que inciden sobre las prácticas. Las dificultades para enfrentar límites en la actuación profesional desencadenan conflictos interprofesionales generadores de sufrimiento al enfrentar la muerte de niños.

Palabras clave: Relaciones inter-profesionales. Responsabilidad profesional. Ética profesional.

Submetido em 02/11/16. Aprovado em 04/06/17.

Humanidades e ciência:

uma leitura a partir da Bioética de Van Rensselaer (V. R.) Potter

Diego Carlos Zanella^(a)

Zanella DC. The humanities and the sciences: a reading from Van Rensselaer Potter's Bioethics. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):473-80.

The rise of Bioethics took place at a time when the gap between the sciences and the humanities seemed insurmountable. The appeal of Bioethics was in its mission of overcoming this distance which was proving to be critical for the future development of humanity and for maintaining the conditions for life on the planet. It was in this context that V. R. Potter put forward his original concept of Bioethics as an integration between Biology and human values – particularly moral philosophy – to guide human survival. In this sense, this paper will seek to develop and clarify the meaning of the concept of V. R. Potter's Bioethics and the problem of "two cultures", namely the need for building a dialogue between the humanities and the sciences, seeking a convergence of the ethical relationships of all knowledge around the idea of caring for life.

Keywords: Humanities. Sciences. Bioethics. Ethics. Van Rensselaer Potter.

A Bioética surgiu em um momento em que a distância entre a ciência e as humanidades parecia intransponível. Em seu surgimento, a Bioética possuía um apelo para superar essa distância que se revelava fatal para o futuro desenvolvimento da humanidade e para a manutenção das condições de vida nesse planeta. É nesse contexto que V. R. Potter propôs seu conceito original de Bioética como uma integração entre a Biologia e os valores humanos – especialmente a filosofia moral – para orientar a sobrevivência humana. Nesse sentido, o presente texto procurará desenvolver o significado do conceito de Bioética para V. R. Potter e o problema das "duas culturas", isto é, da necessidade de construção de um diálogo entre as humanidades e a ciência, buscando uma convergência da relação ética de todos os saberes em torno do cuidado da vida.

Palavras-chave: Humanidades. Ciência. Bioética. Ética. Van Rensselaer Potter.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Ensino de Humanidades e Linguagens (MEHL), Universidade Franciscana (UFN). Rua Silva Jardim, 1175. Sala 610, prédio 16, conjunto III. Santa Maria, RS, Brasil. 97010-491. diego.zanella@gmail.com

Introdução

Van Rensselaer Potter II (27 de agosto de 1911 – 6 de setembro de 2001) foi um bioquímico norte-americano, professor e pesquisador na área da Oncologia no McArdle Laboratory for Cancer Research, da Universidade de Wisconsin, na cidade de Madison, nos Estados Unidos da América. Sua vasta experiência e anos de pesquisa sobre o câncer o fez propor o surgimento de um novo conceito interdisciplinar que procura unir a Ética e a ciência em um novo enfoque. Desse modo, procurou construir um diálogo entre a ciência da vida (Biologia: *bios*, “vida”) e a sabedoria prática (filosofia, ética, valores), criando, assim, o neologismo “Bioética”. A Bioética de V.R. Potter pode ser definida como uma nova ética, que combina a humildade, a responsabilidade e a competência interdisciplinar e intercultural, potencializando o senso de humanidade¹.

O conceito original de Bioética de V. R. Potter como uma integração entre Biologia e valores – especialmente a filosofia moral – foi pensado para orientar a sobrevivência humana. A sua devida atenção na criação e produção do conhecimento humano e a incorporação de conceitos ecológicos e valores morais na Medicina e na Saúde permanecem importantes, embora negligenciados. Entretanto, essas contribuições são merecedoras de elaborações mais refinadas. Os bioeticistas deveriam prestar mais atenção nas suas advertências sobre o progresso insustentável, especialmente nos sistemas de saúde, e trabalhar para a modificação de seus comportamentos, incorporar valores morais, espirituais e ecológicos de afirmação da vida e alargar a Bioética de V. R. Potter.

Nos Estados Unidos da América, a “invenção” original de V. R. Potter, em 1970, parece ser vista por alguns como uma nota histórica irrelevante. Outros, no entanto, têm reconhecido as suas contribuições e promovido uma visão mais ampla da bioética, embora o legado de V. R. Potter ainda não seja ensinado em muitos programas de ética aplicados à área da saúde. Além disso, ele não é adequadamente incluído nas importantes explicações da história da bioética¹. O seu conceito de bioética foi desenvolvido no contexto de um centro universitário de pesquisas sobre o câncer no centro-oeste dos Estados Unidos da América e perdeu a competição intelectual por formulações mais dominantes que surgiram em Washington, D.C., apoiadas por mais dinheiro e poder político nacional. As ideias de V.R. Potter não merecem apenas serem resgatadas, mas também promovidas e ampliadas devido ao seu valor para a sobrevivência da vida neste planeta. Não se tratam apenas das ideias de V. R. Potter – influenciado por, entre outros, Rand Aldo Leopold (1887-1948), pioneiro eticista que se tem notícia –, mas também dos seus valores de responsabilidade pessoal, humildade, sabedoria, orientação e cidadania espiritual, que merecem reconhecimento. Nesse sentido, o presente texto procurará desenvolver e clarificar o significado do conceito de bioética para V. R. Potter como uma tentativa de superação do problema das duas culturas, isto é, da necessidade de construção de um diálogo entre as humanidades e a ciência.

O problema das duas culturas

A definição de Bioética de V. R. Potter incorre, assim, no problema das “duas culturas”, a saber, a ciência e as humanidades, como referido anos antes por Charles Percy Snow (1905-1980) em sua famosa palestra “As duas culturas”. C. P. Snow, cientista e escritor, observou uma profunda divisão entre os proponentes de disciplinas literárias e humanistas e os proponentes de disciplinas técnicas e científicas, entre as quais não há comunicação e nenhuma visão de mundo compartilhada². Associada a essa nociva dicotomia que continuou a aumentar no século XX, há outra oposição ainda mais antiga que é, em parte, constitutiva da modernidade, a saber, a separação radical entre fato e valor³.

C. P. Snow documentava a separação em duas partes da cultura ocidental ao indicar que a sua vida intelectual estava se tornando cada vez mais dividida em dois grupos polarizados: por um lado, os integrantes da cultura humanística; e, por outro lado, os integrantes da cultura científica e tecnológica. Ainda argumentava que estes dois grupos haviam parado de se comunicar e considerava que essa crescente polarização entre os humanistas e os cientistas era um problema de todo o mundo ocidental, pois envolvia um custo elevado de oportunidades e exigia uma reformulação dos sistemas de educação⁴.

A palestra de C. P. Snow argumentou que o colapso da comunicação entre “as duas culturas” da sociedade moderna – as humanidades e a ciência – foi um grande obstáculo para o esclarecimento dos problemas do mundo. Para C. P. Snow, o distanciamento progressivo entre a ciência e as humanidades provoca um empobrecimento da visão dos intelectuais, tornando-os ignorantes ou na cultura científica ou na cultura humanística. De modo particular, C. P. Snow argumentou que a qualidade da educação no mundo está em declínio. Muitos cientistas, por exemplo, nunca leram Charles Dickens (1812-1870) e/ou outros grandes autores, enquanto muitos intelectuais das humanidades não estão familiarizados com a ciência.

Muitas vezes estive presente em reuniões de pessoas que, pelos padrões da cultura tradicional, são tidas por altamente cultas, e que, com considerável satisfação, expressaram a sua incredulidade quanto à falta de instrução dos cientistas. Uma ou duas vezes fui provocado e perguntei quantos deles poderiam descrever a Segunda Lei da Termodinâmica. A resposta foi fria: também foi negativa. No entanto, eu estava perguntando algo que equivaleria em termos científico a: “Você já leu uma obra de Shakespeare?”

Acredito agora que, se tivesse feito uma pergunta mais simples, como, por exemplo: O que você entende por massa, ou por aceleração, que é o equivalente científico de dizer: “Você sabe ler?”⁴. (p. 33)

Nessa passagem, C. P. Snow apela para uma melhor compreensão entre as duas culturas, isto é, a ciência e as humanidades. Nesse sentido, ele sugere que elas podem complementar-se uma à outra de modo que os avanços da ciência e da tecnologia sejam somados às reflexões e ponderações das humanidades para o melhoramento da qualidade da vida humana. Assim, essa combinação não é meramente um meio para elevar a qualidade de vida, mas também é vital para se organizar uma sociedade saudável na qual haja compreensão e respeito necessários para um mundo que pense mais e que seja mais justo. A combinação de ciência e humanidades ajuda no desenvolvimento da capacidade de compreensão emocional, criando sentido para a produção de novas tecnologias. Para se obter tal objetivo, é necessário perguntar e explorar as questões que mais importam, esforçando-se para que haja uma maior compreensão e percepção da humanidade, procurando o significado da vida (humana e também não humana), construindo pontes e associações e desenvolvendo capacidades e oportunidades. Entretanto, o que é necessário para criar um “estado de espírito” aberto e capaz de combinar ciência e humanidades?

A proposta de solução de V. R. Potter

Frente à situação de falta de comunicação entre a cultura humanística e a cultura científica, a proposta de V. R. Potter é uma solução consistente para unificar em uma “terceira cultura”⁵ os conhecimentos sobre a natureza e os conhecimentos sobre a consciência. A partir da última década do século XX – que alguns começaram a chamar de a década ambiental –, encontrou-se um ponto comum entre as duas culturas: a crise do meio ambiente. Tal crise tem duas partes: a primeira e mais séria é aquela que implica a morte de milhões de espécies de plantas e animais e centenas de ecossistemas; a segunda parte é a crescente ameaça à segurança da cultura humana, como virtualmente toda sociedade tem que enfrentar a questão sobre como é possível viver em um ambiente degradado e empobrecido⁶.

Há, contudo, uma intrínseca relação entre as implicações éticas e sociais das novas tecnologias e dos avanços científicos sobre o meio ambiente e a vida (humana e não humana); e a necessidade de uma disciplina, discurso ou mecanismo que introduza a reflexão humanista no seio da ciência. A bioética, como proposta por V. R. Potter, preserva em seu interior esses questionamentos. Embora V. R. Potter não tenha citado C. P. Snow em suas duas grandes obras e dezenas de artigos sobre bioética, assim como também não se sabe se o primeiro leu o segundo, ambos os autores sugerem, de modo otimista, a mesma solução: a necessidade de uma nova disciplina, uma “terceira cultura”, capaz de produzir um mútuo entendimento entre cientistas e humanistas.

Um pensamento final, interessante, tem a ver com a singularidade do indivíduo humano, tanto biológica quanto culturalmente. Um tipo de singularidade cultural é expresso por uma lista de livros e artigos que se tenha lido. Quanto menor for a especialização, maior nossa lista de livros se sobrepõe com outros especialistas na mesma área até atingir o ponto em que nos tornamos tão especializados que lemos apenas o que escrevemos. Mas, se começarmos a ler tanto na ciência quanto nas humanidades, é improvável que qualquer outra pessoa no mundo tenha lido os mesmos livros que nós lemos. Não deveríamos, então, tentar tirar algumas conclusões a partir da leitura que nenhum outro tenha feito? Ou, se há outros que leram a mesma coleção, não deveríamos nos perguntar se eles chegaram a mesma conclusão?⁷ (p. x)

Note-se que a Bioética surgiu em um momento em que a distância entre as ciências da natureza e as humanidades parecia intransponível, mas surgiu precisamente como um apelo para superar essa distância que se revelava fatal para o futuro desenvolvimento da humanidade e para a manutenção das condições de vida neste planeta. Na verdade, o progresso tecnocientífico alheio ao seu impacto no ambiente circundante em geral e no mundo humano em particular se apresentava – e continua a se apresentar – como uma crescente ameaça à dignidade humana. V. R. Potter estava plenamente consciente da ambiguidade que caracteriza a sociedade industrializada e tecnocientífica, marcada pela contradição essencial de possuir a capacidade de criar grandes recursos de todos os tipos, enquanto, absurdamente, tanto o mundo humano quanto o meio ambiente continuam sofrendo de problemas dramáticos de injustiça social, exploração econômica e até mesmo progressiva e irreversível deterioração da natureza.

Em contraste com a natureza reducionista que tem marcado o desvio posterior da bioética, a ideia original de V. R. Potter foi criar uma nova disciplina que permitisse reunir o âmbito dos fatos e dos valores, o domínio das ciências e das humanidades, a fim de buscar saídas, ou ao menos caminhos, que pudessem servir de guia no complexo labirinto formado pela sociedade contemporânea, produto da fusão entre a revolução científica e a industrial⁸. (p. 1)

O enorme abismo aberto pelo potencial técnico desencadeou a necessidade da reflexão ética. De repente, reivindicava-se uma “terceira cultura”, na qual a ciência e as humanidades pudessem convergir para responder às novas interrogações suscitadas pela aplicação das novas tecnologias. O próprio criador da bioética a definiu como uma ponte entre as duas culturas, ao afirmar que a “humanidade necessita urgentemente de uma nova sabedoria que forneça o ‘conhecimento de como usar o conhecimento’ para a sobrevivência humana e para o melhoramento da qualidade de vida”⁷ (p. 1).

O propósito deste livro [Bioética: Ponte para o Futuro] é o de contribuir para o futuro da espécie humana por promover a formação de uma nova disciplina, a disciplina da “bioética”. Se existem “duas culturas” que parecem incapazes de dialogarem entre si – a ciência e as humanidades – e se isso é parte da razão de que o futuro parece (estar) em dúvida, então, possivelmente, nós podemos construir uma “ponte para o futuro” por edificar a disciplina da bioética como uma ponte entre as duas culturas. [...] O que nós temos que encarar agora é o fato de que a ética humana não pode ser separada de um entendimento realista da ecologia no mais amplo sentido. “Valores éticos” não podem ser separados dos “fatos biológicos”. Nós estamos em grande necessidade de uma ética da terra, uma ética da vida selvagem, uma ética populacional, uma ética do consumo, uma ética urbana, uma ética internacional, uma ética geriátrica, e assim por diante. Todos estes problemas exigem ações que sejam fundamentadas em valores e fatos biológicos⁷. (p. VII-VIII)

O abismo entre a ciência e as humanidades e a tentativa de transpô-lo são o grande tema da bioética de V. R. Potter, correlacionado com muitos outros. V. R. Potter denunciou vigorosamente a pobreza de sabedoria da ciência, adicionando as vozes da ciência às vozes dos filósofos. Para ele, está claro que o acúmulo de conhecimento não foi acompanhado por um crescimento similar em sabedoria,

no sentido do “conhecimento de como usar o conhecimento”. Ciência e sabedoria devem ser postas em pé de igualdade, já que sem sabedoria se corre o risco de ir em frente às cegas, enquanto sem uma consciência para guiar seu uso, o conhecimento torna-se perigoso. O alerta lançado pela bióloga e ambientalista norte-americana Rachel Carson (1907-1964), em *Silent Spring* (1962), sobre os danos que pesticidas e inseticidas podem provocar despertou V. R. Potter de seu sonho do progresso científico⁷. Embora possa ser verdade que o conhecimento científico tenha nascido de boas intenções, muitas vezes, como se sabe, tais intenções construíram caminhos para tragédias. Criados para destruir o que parece ser danoso, os inseticidas tornaram-se uma ameaça para a humanidade, um exemplo entre muitos de como o conhecimento pode, por meio de suas aplicações práticas, tornar-se um perigo se essas aplicações não forem temperadas e/ou dosadas com sabedoria. Assim, V. R. Potter desenvolveu uma clara compreensão de que ele estava construtivamente definindo alguma coisa nova – a Bioética – para a qual ele assumiu a responsabilidade e que visava o futuro, não o passado².

O ponto de partida de V. R. Potter foi o questionamento do avanço materialista da ciência e da tecnologia na cultura ocidental a partir de três concepções distintas de progresso, a saber: a concepção religiosa, a concepção materialista e a concepção científico-filosófica. A concepção religiosa de progresso pode ser resumida na crença de que o único progresso verdadeiro é aquele que provém da vontade de Deus ou dos deuses. Essa visão, entretanto, aos poucos foi sendo substituída pela concepção materialista de progresso, que se caracteriza pelas “palavras ‘mais’ e ‘melhor’ [que] tornaram-se símbolos orientadores das pessoas que acreditavam que tudo era possível”⁷ (p. 44). Nessa perspectiva, desenvolveram-se outras teorias progressistas, como a da sobrevivência do mais apto de Herbert Spencer (1820-1903) e a evolucionista, com as ideias de seleção natural e aperfeiçoamento da espécie, de Charles Darwin (1809-1882). Para V. R. Potter, nenhuma dessas teorias do progresso seria capaz de assegurar a sobrevivência humana.

Como indivíduos, falamos do “instinto de sobrevivência”, mas a soma total de todos os nossos instintos individuais para a sobrevivência não é suficiente para garantir a sobrevivência da raça humana em uma forma que qualquer um de nós aceitaria de bom grado. O “instinto” por sobrevivência não é o suficiente. Temos que desenvolver a “ciência” da sobrevivência e ela deve começar com um novo tipo de ética – a bioética⁷. (p. 4)

Se as concepções religiosa e materialista de progresso não conseguiram conduzir a humanidade para um futuro aceitável, restava, para V. R. Potter, à concepção científico-filosófica construir esse caminho. “O conceito científico-filosófico de progresso que enfatiza a sabedoria de longo alcance é o único tipo de progresso que pode conduzir à sobrevivência”⁷ (p. 52). Nesse sentido, fazia-se necessária a proposição de uma nova disciplina que pudesse fornecer uma “ponte para o futuro”, propiciando, assim, o diálogo entre a biologia básica, as ciências sociais e as humanidades. Em outras palavras, frente aos avanços científicos e tecnológicos, é – e continua sendo cada vez mais – necessário o desenvolvimento de uma sabedoria que forneça o “conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social”.

A humanidade necessita urgentemente de uma nova sabedoria que forneça o “conhecimento de como usar o conhecimento” para a sobrevivência humana e para o melhoramento da qualidade de vida. Esse conceito de sabedoria como melhoramento da qualidade de vida – o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social – poderia ser chamado de “ciência da sobrevivência”, seguramente o pré-requisito para a melhoria da qualidade de vida. Considero que a ciência da sobrevivência deve ser construída sobre a ciência da biologia e ampliada para além dos limites tradicionais para incluir os elementos mais essenciais das ciências sociais e das humanidades com ênfase na filosofia em *stricto sensu*, significando “amor à sabedoria”. A ciência da sobrevivência deve ser mais do que ciência apenas e, portanto, sugiro o termo “bioética” a fim de enfatizar os dois ingredientes mais importantes na obtenção da nova sabedoria que é tão desesperadamente necessária: conhecimento biológico e valores humanos⁷. (p. 1-2)

A Bioética como caminho

O que é necessário, nas palavras de V. R. Potter, é uma nova disciplina para fornecer modelos de estilos de vida para as populações, propor e explicar as novas políticas públicas que poderiam fornecer uma “ponte para o futuro”. “Somente através da combinação do conhecimento das ciências e das humanidades nas mentes humanas individuais é que poderemos esperar construir uma ‘ponte para o futuro’”⁷ (p. 53).

Nesta época de especialização, [...] não podemos nos permitir deixar o nosso destino nas mãos de cientistas, engenheiros, tecnólogos e políticos que esqueceram ou que nunca souberam dessas verdades simples. [...] A nova disciplina será forjada no calor dos problemas da crise de hoje, todos que exigem algum tipo de mistura entre a biologia básica, as ciências sociais e as humanidades. [...] Temos que desenvolver a “ciência” da sobrevivência e ela deve começar com um novo tipo de ética – a bioética. A nova ética pode ser chamada de “ética interdisciplinar”, definindo interdisciplinaridade em um modo especial para incluir tanto as ciências quanto as humanidades⁷. (p. 2-4)

A Bioética, como descrita por V. R. Potter, deve ser uma disciplina que parte do que ele chamou de a “crise de hoje”, uma crise generalizada, de claro caráter global que afeta tanto o indivíduo quanto a sociedade e o meio ambiente. Essa crise exige que a principal finalidade da educação seja a compreensão da natureza humana em seu conjunto e de suas relações com o mundo circundante com a finalidade de criar uma sabedoria que seja capaz de ensinar a como usar o conhecimento que o ser humano foi adquirindo para que seja possível construir uma “ponte para o futuro”. Isto é, o objetivo da Bioética é o de trabalhar a favor da sobrevivência do ser humano e do meio ambiente do qual depende. V. R. Potter entendia a Bioética não somente como um saber teórico, mas também como fonte e combinação² de um tipo de sabedoria que proporcione à humanidade pautas gerais que indicam como fazer uso racional da grande quantidade de conhecimento acumulado pelas diversas especialidades do saber. A Bioética, segundo V. R. Potter, deve ter um papel de bússola para guiar e orientar as políticas públicas na obtenção do “bem social”. A “sabedoria é uma guia para a ação e não meramente a ‘posse’ do conhecimento”⁷ (p. 193).

Se o propósito da Bioética coincide com a garantia da sobrevivência, o meio primário está localizado em um novo conhecimento, para que se possa fazer uso do conhecimento, isto é, “o conhecimento de como usar o conhecimento” para se chegar à “sobrevivência humana e [... ao] melhoramento da qualidade de vida”⁷ (p. 9), não somente para o momento presente, mas também para as gerações futuras. Assim, torna-se claro que a “sabedoria é o conhecimento de como usar o conhecimento para melhorar a condição humana e este é o conhecimento mais importante de todos”⁷ (p. 66). O conhecimento de como usar o conhecimento é concebido como conhecimento moral, isto é, como “sabedoria”. “A ciência é conhecimento, mas não é sabedoria. Sabedoria é o conhecimento de como usar a ciência e de como equilibrá-la com outros conhecimentos”⁷ (p. 49). Assim, o grande problema relacionado com o uso do conhecimento no desenvolvimento de novas técnicas e tecnologias para o melhoramento da qualidade de vida não está no seu uso em si, ainda não assimilado moralmente pela sociedade, mas no seu controle. Esse controle deve ocorrer em um nível diferente do controle técnico ou científico. Esse controle deve ser moral.

Em relação ao conteúdo ético, dada a incapacidade de o ser humano singular conhecer tudo, até mesmo em biologia, a atitude mais adequada no agir é a virtude da humildade e da prudência. No que toca à sobrevivência humana, é preciso entender que não se pode prever tudo, pois há muitos riscos que se derivam das escolhas e que podem escapar do controle imposto a uma determinada experiência. Segundo V. P. Potter, a sabedoria começa com o temor do Senhor, temor que “pode invocar em nós o respeito digno pela vasta teia da vida e a humildade como a nossa limitada capacidade para compreender todas as repercussões de nossa arrogância tecnológica”⁷ (p. 9). Essa humildade, afinal, vem do fato de que o ser humano não pode chegar ao pleno conhecimento da natureza, o que significa admitir “a possibilidade de que as forças naturais podem escapar de nossas

tentativas de construir o tipo de utopia que podemos imaginar”⁷ (p. 11-12). O futuro escapa do controle humano. A humildade fará com que se compreenda a urgência do trabalho interdisciplinar, a saber, ouvir os outros e estar aberto às críticas.

Considerações finais

A Bioética apareceu no horizonte científico como o estudo interdisciplinar dos problemas criados pelo progresso científico – na Medicina, nas Ciências da Saúde e da Vida, no meio ambiente, na Ecologia, etc. – e sua repercussão na sociedade e no sistema de valores. A palavra Bioética passou a significar mais do que um campo concreto de investigação humana na intersecção entre a ética e as ciências da vida e a ecologia. Ela também é uma disciplina acadêmica, uma força política na Medicina, na Biologia e nos estudos sobre o meio ambiente.

A interdisciplinaridade está presente na Bioética proposta por V. R. Potter. Este ponto é absolutamente importante, já que os grandes problemas que o ser humano enfrenta nas mais diversas áreas de conhecimento devem ser vistos e analisados a partir desses diversos campos, buscando uma convergência da relação ética de todos os saberes em torno do cuidado da vida. Deste modo, a Bioética abre espaço para a reflexão, para integrar a ciência e a vida, o conhecimento e a moralidade, os problemas vitais da humanidade do presente e do futuro. V. R. Potter teve uma mentalidade aberta e uma visão futurista particular, com a qual buscava construir uma ponte entre as duas culturas, a cultura da ciência e a cultura das humanidades, uma ponte entre a ética e a vida, entre a sobrevivência da vida humana e da natureza.

Para V. R. Potter, a aceitação do caráter inevitável de certos sofrimentos humanos que resultam da desordem natural nos seres humanos e no mundo físico era parte constitutiva de seu credo bioético pessoal. No entanto, o sofrimento oriundo do comportamento desumano do indivíduo para com o seu semelhante não era aceito passivamente de modo algum. Mesmo no fim da vida, continuou afirmando que o terceiro milênio somente poderá ser ou a era da Bioética global ou a era da anarquia. O sistema educacional e o mundo da cultura, por um lado, e o sistema econômico, por outro lado, são os dois pilares que determinarão a direção que a sociedade do futuro escolherá, como reconhecido em seu último livro, ao citar uma das principais teses de Aldo Leopold: “Talvez o mais sério obstáculo impedindo a evolução de uma ética da terra seja o fato de que nosso sistema educacional e econômico é desviado de, ao invés de direcionado à uma intensa consciência da terra”⁹ (p. 13). As palavras finais de V. R. Potter em “Bioética: Ponte para o Futuro” nos convidam a reconsiderar, mais do que nunca, a necessidade de um novo *ethos*, com o qual continuaremos a viver na Terra⁷.

Referências

1. Ten Have HAMJ. Potter’s notion of bioethics. Kennedy Inst Ethics J. 2012; 22(1):59-82.
2. Hottois G. Defining bioethics: back to the sources. In: Meacham D, editor. Medicine and society. New perspectives in continental philosophy. Dordrecht: Springer; 2015. v.120, p. 15-38.
3. Schramm FR. Uma breve genealogia da bioética em companhia de Van Rensselaer Potter. Bioethikós. 2011; 5(3):302-8.

4. Snow CP. As duas culturas e uma segunda leitura: uma versão ampliada das duas culturas e a revolução científica. Tradução de Geraldo Gerson de Souza e Renato de Azevedo Rezende Neto. São Paulo: EDUSP; 1995.
5. Goig RL. La bioética como "tercera cultura": un análisis desde la sociología de la ciencia. Cuad Bioet. 2003; 14(51-52):217-28.
6. Worster D. The two cultures revisited: environmental history and the environmental sciences. Environ Hist. 1996; 2(1):3-14.
7. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1971.
8. Quintanas A. Reseña de 'bioethics: bridge to the future' de Van Rensselaer Potter. Sinéctica. 2009; (32):1-5.
9. Potter VR. Global bioethics: building on the Leopold Legacy. East Lansing, MI: Michigan State University Press; 1988.

Zanella DC. Humanidades y ciencia: una lectura a partir de la Bioética de Van Rensselaer Potter. Interface (Botucatu). 2018; 22(65):473-80.

La Bioética surgió en un momento en el que la distancia entre la ciencia y las humanidades parecía insalvable. En su aparición, la Bioética presentaba un clamor para superar esa distancia que se revelaba fatal para el futuro desarrollo de la humanidad y para el mantenimiento de las condiciones de vida en ese planeta. Es en ese contexto que V. R. Potter propuso su concepto original de Bioética como una integración entre la Biología y los valores humanos – especialmente la filosofía moral – para orientar la supervivencia humana. En este sentido, este texto buscará desarrollar el significado del concepto de Bioética para V. R. Potter y el problema de las "dos culturas", es decir, de la necesidad de construcción de un diálogo entre las humanidades y la ciencia, buscando una convergencia de la relación ética de todos los saberes alrededor del cuidado de la vida.

Palabras clave: Humanidades. Ciencia. Bioética. Ética. Van Rensselaer Potter.

Submetido em 05/12/16. Aprovado em 12/06/17.

Vitiligo as a psychosocial disease:

apprehensions of patients imprinted by the white

Emerson Araújo Do Bú^(a)
 Maria Edna Silva de Alexandre^(b)
 Anderson Scardua^(c)
 Cristina Ruan Ferreira de Araújo^(d)

Do Bú EA, Alexandre MES, Scardua A, Araújo CRF. O vitiligo como uma doença psicossocial: apreensões de pacientes marcados pelo branco. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):481-91.

This study aimed to show the comprehension that patients bearing vitiligo have over their condition, also assessing the association with their health and disease concepts. It is a qualitative research with descriptive and exploratory purposes, carried out from an epidemiological survey throughout the years of 2010-2013, with records from a dermatology outpatient care sector of a seminal hospital located in the city of Campina Grande – Paraíba, Brazil. It was identified that from the 832 existing records, 13 were of vitiligo patients and, from them, eight agreed to be part of this study, answering a semi-structured questionnaire. Data examination was made using the Thematic Content Analysis technique, identifying four categories. Results indicated that the process of being stricken with the disease is directly related to social practices that target the “stained” subject, over whom vitiligo has imprinted its patches.

Keywords: Vitiligo. Stigma. Psychosocial disease. Psychodermatology.

O presente estudo teve por objetivo apresentar a compreensão de sujeitos portadores de vitiligo sobre sua afecção, avaliando também a associação com a concepção de saúde-doença. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório, realizada a partir de um levantamento epidemiológico do período de 2010-2013, em prontuários do ambulatório de dermatologia de um hospital de referência localizado na cidade de Campina Grande – Paraíba, Brasil. Identificou-se que de 832 prontuários existentes, 13 pacientes possuíam vitiligo e, destes, apenas oito aceitaram participar do estudo, respondendo a um questionário semiestruturado. O tratamento dos dados ocorreu por meio da técnica de análise de conteúdo temática, identificando quatro categorias. Os resultados indicaram que o processo de adoecimento está diretamente ligado às práticas sociais que são direcionadas ao sujeito “manchado”, sobre o qual o vitiligo imprimiu suas marcas.

Palavras-chave: Vitiligo. Estigma. Doença psicossocial. Psicodermatologia.

^(a,b) Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba. Cidade Universitária, s/n, Castelo Branco. João Pessoa, PB, Brasil. 58051-900. dobuemerson@gmail.com; edna_silva20@hotmail.com

^(c) Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB, Brasil. andersonscardua@gmail.com

^(d) Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal de Campina Grande. Campina Grande, PB, Brasil. profcristinaruan@gmail.com

Introduction

The skin is one of the main organs for human beings, especially because it is protective and allows interpersonal interactions, being characterized, then, as mediator between one and the world as well as one's peers. Thus, the skin represents the main connecting channel between subject and world, if not the main one, certainly the first one¹⁻⁵.

It is known that a number of diseases attack the skin, e.g. vitiligo, that estimates to strike about 1% to 2% of the population worldwide, affecting both men and women in a similar way, more preferably between the ages of 10 and 30^{6,7}. The disease distinguishes itself for provoking skin depigmentation, creating white patches on the skin that are results of the reduction of melanocytes from the epidermis and/or loss of their function⁶⁻¹².

Vitiligo may surface in localized or generalized ways and its diagnosis occurs by clinical examinations and/or biopsies¹¹. When localized, it is subdivided into focal, expressed in a specific area of the body, with no defined distribution, or segmental, characterized by unilateral markings on the body. Moving onto generalized manifestations, it may be acrofacial (presence of typical lesions on the distal extremities and face), vulgaris (achromic maculae of random distribution) or mixed (acrofacial and vulgaris)¹²⁻¹⁵.

Regarding the vitiligo etiology, there is still no consensus, and among the hypotheses that are used to explain what triggers the disease, we have emotional related factors, which sets it in the group of psychodermatological disorders^{4,16}. It is one of the most intriguing psychodermatological disorders, as it is asymptomatic and, consequently, does not show any adversities that affect the survival of its carriers^{4,9,11,12,16-20}.

Due to the aforementioned, various physicians pay no attention to the graver aspect of the disorder, which consists on the psychological and emotional implications to the patient. Thus, they end up concentrating on therapeutic procedures that focus on medications, or even coming to the point of discouraging the patient from carrying on with the treatment, stating that it 'only' has an aesthetic aspect. Such affirmation is received painfully by the patient, who has their suffering belittled by the one who should take it into consideration, what might directly affect the subject self-esteem²⁰.

Pain becomes even more agonizing due to socially established relationships, in which the individuals who bear a chronic skin disorder, such as vitiligo, are stigmatized and judged in relation to those who have no visible skin surface alteration^{4,11}. Thereby, it is possible to identify stigmatization processes, which by biological and/or social traces are imprinted on the subject negative contrasts concerning the others. When dealing on stigma, Goffman^{21,22} underlines that when we perceive the other as a carrier of 'different' characteristics, we see them as inferior, resulting in social discrimination.

It is observed, therefore, the psychosocial implications on the individuals that have vitiligo, who will deal directly, on the social dynamic, with these attitudes. This becomes aggravating, once "the individual's psychosocial health is dependant (greatly) on the external appearance and on the instinctive acceptance of his/her skin characteristics, by the other components of the social group"¹ (p. 18).

These implications tend to be intensified, above all, because in popular imagination, there is no distinction between the disease's negative attributions and the representation of the subject, expanding them over to their own self^{23,24}. Accordingly, the quality of life of these people may suffer negative variations^{25,26}.

Considering psychological and biological factors as agents in triggering and progressing skin diseases, it is noticeable the development of studies aiming to ponder over the theme from a theoretical-practical referential according to Psychology and Dermatology. Thus, in a bidirectional manner, we have the inception of the branch of knowledge known as Psychodermatology, deriving from the intersection between the knowledge cores of the aforementioned areas. From this perspective, the subject can be comprehended as a whole being, beyond the dualism psyche/body, also taking into account the social aspects of falling ill^{4,27-30}.

When it comes specifically to vitiligo, some treatments guided by the Psychodermatology referential have encountered as a result the regression of the spots or even their stagnation^{23,26,27,29-31}.

Thus, we have a promising area that still in need of further investigation, due to the complexity it is rooted in, surrounding a number of biopsychosocial issues.

Due to the complexity and importance to know the issue through the vitiligo patients' perspective, once the literature presents itself as incipient with investigations that portray the way these people understand, perceive and face the disorder, the current study had the objective to analyse their illness comprehension, as well as to evaluate the association with the health and disease concepts.

Method

This is a qualitative study, with a descriptive and exploratory approach³², carried out from data collection that was obtained with medical records from a dermatology outpatient care sector of the University Hospital, seminal when it comes to assistance of this nature, located in the city of Campina Grande – Paraíba, Brasil.

From an epidemiological survey throughout the years of 2010-2013 of the dermatology outpatient care sector of the hospital mentioned above, aiming to get a hold of patients diagnosed with vitiligo (International Classification of Diseases – IDC – L80), it was identified that from the 832 existing records, 13 had the aforementioned diagnosis. These were contacted according to the data that were available on the records, and then the reason for the approach and the objectives of the study were explained. Among the total number of people contacted, eight patients were willing to participate on the study, all of them residing in the state of Paraíba – Brazil. It is important to highlight that the outpatient care sector is the only one in the municipality of Campina Grande (PB), also serving the surrounding cities, which offers free service for the population that bear this psychodermatologic disorder.

In order to collect the data, it was utilized a list with questions that were related to the sociodemographic profile of the participant (sex, age and skin color) and a semi-structured questionnaire that comprised the following questions: 'For you, what is health?'; 'In your opinion, what is disease?'; 'For you, what is vitiligo?'; 'Do you associate the appearance of vitiligo to some specific factor? If yes, what?'; 'How long have you had vitiligo?'; 'How do you see yourself with vitiligo?'; 'How do you believe you are seen by society?'. Sociodemographic data obtained from these, along with the visibility the spots had and the time they have vitiligo are described on the Table 1.

Table 1. The study participants' characterization

Sex	Age	Skin Color	Level of Education	Patch Visibility	Time bearing vitiligo
Masculine	34	Brown	Lower secondary	Exposed	3 years
Feminine	19	White	Higher degree (in progress)	No exposition	14 years
Feminine	54	Brown	Illiterate	Exposed	12 years
Masculine	14	Brown	Lower secondary	Exposed	3 years
Feminine	34	Brown	Upper secondary	Exposed	4 years
Feminine	42	Brown	Higher degree	Exposed	15 years
Masculine	31	Brown	Upper secondary	Exposed	4 years
Feminine	25	Brown	Upper secondary	Exposed	25 years

Note. The semantic value of the skin color, here translated as brown, in Portuguese is equivalent of the term *Parda*.

Data were collected after the authorization by the Ethics Committee in Research Involving Human Beings (*Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos*), with report number 451.873 and Certificate of Presentation for Ethical Appreciation (*Certificado de Apresentação para Apreciação Ética*), with due authorization from each participant and/or their respective legal guardians, by signing

the Informed Consent Form (*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* - TCLE), in accordance with Resolution n. 466/12 by the National Health Council (Conselho Nacional de Saúde)³³.

To analyze data connected to the open issues, it was utilized the Thematic Content Analysis technique, as proposed by Bardin³⁴. Thus, the content of the interviews was organized in theme-based categories, defined from a body of expressions that share common meaning.

Results

The theme-based categories will be shown from a general definition, followed by examples of contents, which characterize them, targeting the reader's best comprehension. In accordance with that, four theme-based categories were established that permeate the concepts of health-disease, vitiligo, triggering and progressional factors, as well as matters associated to psychosocial implications to the carriers.

Health-disease conception

The concept of health was presented by the participants in contrast to the definition of disease, in order to allude to the subject's well-being. Accordingly, being healthy brings on the aptitude to work, to play sports and to enjoy leisure time, whilst the disorder characteristically would hinder the realization of any of these tasks.

"Health is a state of well-being. When you are not sick...you are in good health". (participant 2)

"[...] health is just like this, you being healthy". (participant 4)

"disease is when a person is never healthy, only being sick all the time". (participant 6)

"Health is being able to feel good with yourself... to be able to play a sport, go out, enjoy leisure time, have a good time with the family". (participant 8)

Vitiligo definition

Vitiligo was defined by the participants from two distinct dimensions, in which one of these is related to biological matters whereas the other one points towards a comprehension of the disease permeated by unflattering remarks. When it comes to the biological aspects, vitiligo is referred to as an autoimmune, non-communicable disorder, which has no side effects, although it may leave a 'defective' body. Conversely, vitiligo has been labeled as being appalling, implicating a level of discomfort for the carrier, also being referred to as some type of emotional disorder, topic that will be best covered on the next section. It is imperative to highlight that understanding such distresses could be accomplished by information given during doctor's appointments and internet searches done individually, aside from the personal contact.

"It is an autoimmune disorder". (participant 1)

"it may leave a defective body". (participant 2)

"it is a skin abnormality". (participant 3)

"It is appalling!". (participant 5)

"I think it is an emotional disorder". (participant 6)

"When I went to the doctor, she explained about these little white patches". (participant 7)

"what I know about vitiligo is what I have looked up on the Internet". (participant 8)

Vitiligo triggering and progression

Vitiligo triggering and progression were associated to factors of an emotional nature, especially to stress and anxiety. Thus, stress is ascribed to events connected to working conditions and family matters, whereas anxiety is shown as a characteristic inherent to the subject.

"I guess it was stress after all". (participant 2)

"there were days I got so worked up because of the people working with me and I am really anxious as well". (participant 3)

"I quit my job around 3 years ago, right, and then I got into a lot of debt and I still had to provide at home [...] Even the doctor said that it could all have happened due to stress". (participant 4)

"family stress, from fights with my father". (participant 5)

"I have always been extremely nervous as well, if I have anything to straighten out, it has to be then and there, you know?". (participant 6)

"it spreads when we are stressed, anxious". (participant 7)

"[...] much stress when I was a child" (participant 7); "I get really stressed, very worked up". (participant 8)

Vitiligo visibility (stigmatization and discrimination)

This section refers to a psychosocial dimension directly related to interpersonal relations the participants of this research have gone through. Thus, visibility of the spots, as well as size and location, were referred by the participants as causes for distress, not only when it comes to aesthetical and social matters, but, above all for the discrimination and stigmatizing looks received in several social situations. Stigmatization and discrimination were "justified" by the participants themselves as a sign of fear of contracting the disease. In face of this affliction, a number of resources are utilized in order to conceal the signs of vitiligo, for instance, the use of make-up.

"When I was little I suffered a lot from discrimination, because the spots were big". (participant 1)

"if someone is sitting next to me, then they begin to cower, to get away in fear, they are afraid to catch something". (participant 3)

"parents giving me the stink eye... they think they can catch it". (participant 4)

"as I am always wearing make-up, people never notice it and so I do not feel embarrassed". (participant 5)

"I have these little patches on my hands, but, as they have not grown, I do not really mind". (participant 6)

"I have always worn make-up as well". (participant 6)

"I wear foundation with sunscreen". (participant 7)

"because I am either wearing some make-up or some foundation to conceal it". (participant 8)

Discussion

From the results, it is possible to notice that in a perspective, the health-disease concept, especially when it comes to the negative connotation, sets up a relation with the vitiligo definition as, while a negative experience, it seems to approach the definition of the disease. On the other hand, vitiligo cannot hinder the realization of daily activities, at least from a functional standpoint, which, in its turn, puts it further apart from the semantic value attributed to the disorder by the participants. However, it is valid to highlight that vitiligo starts to be referred to as a nuisance and a hindrance for the development of certain activities, due to the types of interpersonal relations that are established, which are distinguished by the looks of prejudice and stigma of the others around. Hence, it is possible to suggest that, more than a disorder of a strictly biological nature, vitiligo aggregates psychological and social aspects, being a psychosocial disorder.

Accordingly, it is the other who brings forth the state of someone with a 'stained' skin and passes judgement, also circumscribing the carrier of vitiligo as a threat. The menacing sense is founded in the belief that we are dealing with a communicable disease, justifying the need for certain distance, aggravating the differences among groups, in a way to widen their frontiers. This situation is assimilated by the participants as a cause for stress, to either those ones who have patches that are more exposed, who directly deal with prejudice, or those ones that have patches that are more discreetly located, not being easily noticed, needing different strategies to conceal the spots from the looks of the society nonetheless. More specifically, we can accentuate the use of make-up by the participants, as an active strategy in the process of avoiding prejudice.

Similar results were obtained by Kent³⁵, corroborating the correlation among patch exposition, stigma perception, and low self-esteem of the vitiligo bearer. Ongenae and collaborators³⁶ identified a grieving factor that increases the visibility of the spots, besides size and location, there is also skin color. Thus, individuals who have darker skins, on which the white patches have greater contrast, showed an increased index of low self-esteem and difficulty to establish social connections.

Stigma, prejudice and discrimination towards people who have vitiligo was also observed by Kent³⁵, Lopes²⁷, Müller²⁹, Müller and Ramos³⁰, Menezes et al.³¹, Oliveira et al.²⁶, Sant'Anna et al.²³, Pahwa et al.³⁷, who highlighted the negative implications these actions had on their self-esteem and quality of life, besides the difficulties to establish interpersonal relations and consequently to fit in the social dynamics. Hence, we have a process of differentiation between groups, in which the disrespect to the singularity of those imprinted by the white culminates in their social exclusion.

It occurs, according to Jodelet³⁸, because members of a certain group tend to praise their own characteristics, depreciating the others', scorning them, in a way to demonstrate superiority and shield themselves against those who are labelled as different. Such phenomena came to be intertwined with social and cultural construction and are easily identified in the history of diseases throughout time.

When it comes to demonstrating the individual search for knowledge on Vitiligo, as well as doubts and associating its causes to cancer and/or poor performance of certain organs in the body, they tend to point to the lack of information obtained from the outpatient care sector. This was also observed by Nogueira and collaborators²⁰, as a phenomenon that seems to occur with certain frequency in Brazil, showing, among other aspects, that patients are guided to face vitiligo as if it were something really minor, suppressing and/or keeping the complaints and psychosocial suffering to a minimum. Internationally, following literature review by Ongenae et al.³⁶, this type of behavior was also observed.

Such scenery reveals the importance of communicating about the diagnosis in a way to offer a meaningful amount of information covering the disorder, welcoming the patient's doubts and

consequently granting means for the subject to forge his/her own knowledge on the disease. This kind of demeanor would minimize the occurrence of iatrogenesis, such as angst and depressive symptoms, when the patient is faced with the 'unknown', which imprints his body with invasive marks; the absence of this behavior withholds the right to interrupt the disorder progress from the patient^{26,27,36,37,39}. It is important to ponder over other psychosocial impacts that being diagnosed with vitiligo provoke on the patient's life, such as sadness, dread, anxiety, insecurity, low self-esteem, shame, discrimination, stigmatization, among others^{18,19,25,27,37}.

Consequently, not only is vitiligo being constantly presented as a result of adverse emotional states, such as anxiety and stress, as mentioned in the literature^{4,7,18,19,25,27,35-37} and observed in this study, but living with the disease also piles up as another stressing element for the carriers, once there is no prediction as to where a spot will appear, aggravating anxiety and stress. Thus, this situation may contribute to continuing the progression of vitiligo, making it even harder the stabilization and/or regression of the patches.

Adverse situations that happen in the life of the individuals were also cited as promoters of stress and anxiety, which, consequently, trigger or add to vitiligo progression. So, the participants particularly mentioned losing jobs or work-related problems.

It is relevant to consider the singular manner each individual deals with the disorder, also understanding that some will have more difficulties to adapt than others. Bearing in mind that the prognosis of vitiligo is uncertain, it is observed the earnestness that the patient has to develop new strategies to address and remodel the disorder through mechanisms that are resilient and sensible like the aforementioned make-up. Following this concept, from the experiences of the patients in this study whom associated the triggering of vitiligo to factors of emotional nature, corroborating the pertinent literature, psychological support comes off as significant way to uphold patients who were diagnosed with the affection. This constitutes an environment to welcome the emotional experience when battling the disease, promoting ego strengthening and stimulation of the resilience^{23,26-31}.

These effects were described in the literature referring to vitiligo and other psychodermatological disorders as a result of psychodermatology support^{18,23,26-31}. In a special way, it is highlighted the work of Correia and Borloti¹⁸, carried out with 61 vitiligo bearers, in which it was apprehended the importance of psychological counselling, as support to the best treatment effects, done so with the verbalization of the patients' experiences.

It also must be accentuated a research accomplished by Müller³ associated with 13 vitiligo carriers, that aimed to identify if different ways to treat the disease that were offered (dermatologic; psychodermatologic) would bring results that would diverge when comparing regression and/or stabilization of the patches. It was discovered with clinical examinations that patients that were put through the latter treatment showed a superior degree of regression on the depigmentation, when compared to those who only had the former treatment, also broadening the awareness over their inner conflicts.

Not only so, the aforementioned results also demonstrate that having vitiligo is compared to 'cheating', as the disease makes visible what is more intimate for them, "exposing to anyone the agony of the soul"³ (p. 127), once the affection triggering was associated to factors such as anxiety, angst and stress, arising from losses and/or after traumatic events. Psychosocial conflicts like these showed by Müller³ were identified in this work, which confirm the idea of vitiligo as a psychodermatological disorder and not only as a disease of dermatological nature.

It is important to highlight that besides the pain provoked by the depreciative looks, under an aesthetic dimension, there is also the pain caused by inner conflicts that make an even better connection to the vitiligo causes (adverse situations such as the loss of loved ones or jobs) than the social effect of having such disease. In this sense, what vitiligo brings to the subject is cause for great ache, such as the incapability to handle certain traumatic events, turning the individual susceptible to the depreciative action of the society.

It is also worth mentioning that the work developed by Menezes et al.³¹ concerning a patient bearer of vitiligo and alopecia areata universalis, with whom, besides medical supervision, it was adopted a systematic psychotherapeutic support over the course of five years, assisting the

strengthening of the self-esteem and remission of symptoms such as anxiety. Hence, from the psychotherapeutic support, the patient in question managed to reassign a different meaning to the experience of being a carrier of these psychodermatological disorders, demonstrating new skills to handle the looks, which, in times, are discriminating and stigmatizing from the others, positively adapting to live with such affections.

It is underlined as well the case study²³ carried out with a 43-year-old lady who bore vitiligo for 16 years, in which the appearance of the psychodermatologic disorder was related to a slew of stressing emotional experiences, such as the passing of her brother and the suppression of her feelings. The psychotherapeutic intervention occurred by utilizing a sand game, in which the patient is invited to build characters and stories with the manipulation of the sand, given the chance in this process to externalize intrapsychic conflicts, as the psychologist gathers information and guides the intervention focus.

This way, throughout nine interventional sessions, the referred patient was able to express, recognize and elaborate her psychic conflicts upon a concrete and safe dimension through the game. Notwithstanding the short duration of the process, it was possible to observe the mobilization of psychological resources that resonated in the dynamic of her interpersonal relationships, which suggestively would subsequently contribute to vitiligo stabilization.

Final considerations

Although this work has been carried out with a limited number of participants, from a statistical standpoint, the data that was analysed illustrate that the process where the patient becomes ill is directly linked to attitudes and social practices that are directed to the 'stained' subject, over whom vitiligo has imprinted its patches. For these participants, being stricken with such affection comes off as more than a simple dermatological condition, it is to bear a psychosocial illness that is true, due to looks coming through the eyes of the others, as well as the effects upon their own selves.

Thus, it is of utmost importance to expand in new studies, dealing with even greater samples and focusing on seizing this psychosocial phenomenon, either from the vitiligo bearer's standpoint or from the other social groups'. The concept of health-disease of the participants was intrinsically connected to having the illness; both being categorized as negative experiences.

Hence, even if not crossing boundaries when facing the realization of daily activities, being stricken with vitiligo imposes barriers when it comes to interpersonal relations, resulting in processes that are both stigmatizing and excluding. For the interviewees, this ends up being another stressing factor, which may aid the progression of the existing spots, as well as the inception of new ones. This is a topic that deserves a reflexive exercise, more systematized, in order to identify how this apparent cause-effect connection occurs.

Vitiligo, for being asymptomatic, is still considered by part of the medical community as something that brings no downside to the patients, disregarding several emotional factors that are intertwined with the process of falling ill, as told by the participants here. Thus, we reiterate the importance of Psychodermatology as a field of knowledge and professional practice to better exploration, aiming a therapeutic approach that takes into account the biological, psychological and social aspects for the patient with vitiligo, acknowledging them as whole individuals.

Collaborators

It is stated that Emerson Araújo Do Bú and Maria Edna Silva de Alexandre participated actively in data collection, development of the results discussion and revision of the manuscript. Anderson Scardua participated vehemently in the discussion of the results, as well as in the revision and approval of the final version of this article. Cristina Ruan Ferreira de Araújo actively participated in the review and approval of the final version of this manuscript.

References

1. Harris M. *Pele estrutura, propriedades e envelhecimento*. São Paulo: Ed. Senac; 2003.
2. Montagu A. *Tocar – o significado humano da pele*. São Paulo: Summus; 2006.
3. Müller MC. *Psicossomática: uma visão simbólica do vitiligo*. São Paulo: Vetor; 2005.
4. Silva A, Castoldi L, Kijner LC. A pele expressando o afeto: uma intervenção grupal com pacientes portadores de psicodermatoses. *Contextos Clin*. 2011; 4(1):53-63. doi: 10.4013/ctc.2011.41.06
5. Volich RM. *Psicossomática: de hipócrates a psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000.
6. Trémul A, Lázaro C, Salas MPS. Vitiligo: principales opciones terapéuticas. *Med Cutan Ibero Latino-Am*. 2008; 34(2):81-8.
7. Firooz AL, Bouzari N, Fallah N, Ghazisaidi B, Firoozabadi MR, Dowlati Y. What patients with vitiligo believe about their condition. *Int J Dermatol*. 2004; 43(11):811-4. doi: 10.1111/j.1365-4632.2004.02059.x
8. Al'Abadie MS, Senior HJ, Bleehen SS, Gawkrödger DJ. Neuropeptide and neuronal marker studies in vitiligo. *Br J Dermatol*. 1994; 131(2):160-5. doi: 10.1111/j.1365-2133.1994.tb08486.x
9. Rosa EC, Natali MRM. Vitiligo: um problema que não pode passar em branco. *Saude Pesqui*. 2009; 2(1):119-26.
10. Schwartz R, Sepúlveda JE, Quintana T. Factores psicobiológicos en vitiligo infantil: posible rol en su génesis e impacto en la calidad de vida. *Rev Méd Chile*. 2009; 137:53-62. doi: 10.4067/S0034-98872009000100008
11. Silva CMR, Pereira LB, Gontijo B, Ribeiro GB. Vitiligo na infância: características clínicas e epidemiológicas. *An Bras Dermatol*. 2007; 82:47-51. doi: 10.1590/S0365-05962006000200005
12. Steiner D, Bedin V, Moraes MB, Villas RT, Steiner T. Vitiligo. *An Bras Dermatol*. 2004; 79(3):335-51. doi: 10.1590/S0365-05962004000300010
13. Sampaio S, Rivitti E. *A dermatologia básica*. São Paulo: Artes Médicas; 1999.
14. Zhang XJ, Liu JB, Gui JP, Li M, Xiong QG, Wu HB, et al. Characteristics of genetic epidemiology and genetic models for vitiligo. *J Am Acad Dermatol*. 2004; 51(3):383-90.
15. Matin R. Vitiligo in adults and children. *BMJ Clin Evid*. 2008; 4(1717):1-25.
16. Dias HZJ. *Pele e psiquismo, psicossomática e relações objetivas: características relacionais de pacientes portadores de dermatoses [tese]*. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2007.
17. Antelo DP, Filgueira AL, Cunha JMT. Aspectos imunopatológicos do vitiligo. *Med Cutan Iber Lat Am*. 2008; 36:125-36.
18. Correia KML, Borloti E. Convivendo com o vitiligo: uma análise descritiva da realidade vivida pelos portadores. *Acta Comportamental*. 2013; 21(2):227-40.

19. Costa DG, Moreira JÁ, Pinto NMM. Vitiligo: influência na autoestima das pessoas acometidas. *Rev Enfermagem Integrada*. 2009; 2(2):357-68.
20. Nogueira LSC, Zancanaro PCQ, Azambuja RD. Vitiligo e emoções. *An Bras Dermatol*. 2009; 84(1):41-5. doi: 10.1590/S0365-05962009000100006
21. Goffman E. *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall; 1963.
22. Goffman E. *Forms of talk*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1981.
23. Sant'Anna PA, Giovanetti RM, Castanho AG, Bazhuni NFN, La Selva VA. A expressão de conflitos psíquicos em afecções dermatológicas: um estudo de caso de uma paciente com vitiligo atendida com o jogo de areia. *Psicol Teor Prat*. 2003; 5(1):81-96.
24. Szabo I, Brandão ER. "Mata de tristeza!": representações sociais de pessoas com vitiligo atendidas na Farmácia Universitária da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(59):953-65. doi: 10.1590/1807-57622015.0596
25. Mattoo SK, Handa S, Kaur I, Gupta N, Malhotra R. Psychiatric morbidity in vitiligo and psoriasis: a comparative study from India. *J Dermatol*. 2001; 28:424-32. doi: 10.1111/j.1346-8138.2001.tb00004.x
26. Oliveira FL, Silveira LKCB, Oliveira RL, Nery JAC. O impacto psicossocial do vitiligo em adolescente do sexo feminino: um relato de caso. *Adolesc Saude*. 2012; 9(2):67-71.
27. Lopes C. *Abordagem psicossocial de uma população de indivíduos com vitiligo: avaliação de depressão, ansiedade e qualidade de vida [dissertação]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2007.
28. Ludwig M, Müller M, Redivo L, Calvetti P, Silva L, Hauber L, et al. Psicodermatologia e as intervenções do psicólogo da saúde. *Mudanças Psicol Saude*. 2008; 16(1):37-42. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v16n1p37-42
29. Müller MC, Cenci C, Hoffman F, Ludwig M. Os diferentes significados psicológicos da pele. *Rev Filos Cienc Hum*. 2002; 18(1):63-73.
30. Müller MC, Ramos D. Psicodermatologia: uma interface entre psicologia e dermatologia. *Psicol Cienc Prof*. 2004; 24(3):76-81.
31. Menezes M, López M, Delvan JS. Psicoterapia de criança com alopecia areata universal: desenvolvendo a resiliência. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2010; 20(46):261-7. doi: 10.1590/S0103-863X2010000200013
32. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2010.
33. Ministério da Saúde (BR). Resolução 466/2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 2012.
34. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2011.
35. Kent G. Correlates of perceived stigma in vitiligo. *Psychol Healthy*. 1999; 14(2):241-51. doi: 10.1080/08870449908407325
36. Ongena K, Beelaert L, Van Geel N, Naeyaert JM. Psychosocial effects of vitiligo. *J Euro Acad Dermat Venereol*. 2006; 20(1):1-8. doi: 10.1111/j.1468-3083.2005.01369.x
37. Pahwa P, Mehta M, Khaitan BK, Sharma VK, Ramam M. The psychosocial impact of vitiligo in Indian patients. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2013; 79:679-85. doi: 10.4103/0378-6323.116737
38. Jodelet D. *A alteridade como produto e processo psicossocial*. Petrópolis: Vozes; 1998.
39. Jowett S, Ryan T. Skin disease and handicap: an analysis of the impact of skin conditions. *Soc Sci Med*. 1985; 20:425-9. doi: 10.1016/0277-9536(85)90021-8.

Do Bú EA, Alexandre MES, Scardua A, Araújo CRF. El vitíligo como una enfermedad psicosocial: comprensión de pacientes marcados por lo blanco. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):481-91.

El objetivo de este estudio fue presentar la comprensión de sujetos portadores de vitíligo sobre su afección, evaluando también la asociación con el concepto de salud-enfermedad. Se trata de una investigación cualitativa de carácter descriptivo y exploratorio, realizada a partir de un levantamiento epidemiológico del período de 2010-2013, en fichas del ambulatorio de dermatología de un hospital de referencia localizado en la ciudad de Campina Grande – estado de Paraíba, Brasil. Se identificó que, de las 832 fichas existentes, 13 pacientes sufrían de vitíligo y de ellos solamente ocho aceptaron participar en el estudio, respondiendo un cuestionario semi-estructurado. El tratamiento de los datos se realizó por medio de la técnica de análisis de contenido temático, identificando cuatro categorías. Los resultados indicaron que el proceso de enfermedad está directamente vinculado a las prácticas sociales que se dirigen al sujeto “manchado”, sobre el cual el vitíligo imprimió sus marcas.

Palabras clave: Vitíligo. Estigma. Enfermedad psicosocial. Psicodermatología.

Submitted in 21/11/16. Approved in 10/03/17.

É melhor prevenir do que remediar:

a doença imaginária no jornalismo

Denise Cristina Ayres Gomes^(a)

Gomes DCA. An ounce of prevention is worth a ton of cure: imaginary diseases in journalism. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):493-503.

We use the theories of the imaginary to understand how journalism tends to redefine the status of what it is to be or to feel sick through the dissemination of the culture of risk. The journalistic devices promote the potential or imaginary disease, acting on the daily practices, thus becoming a “technology of the imaginary”. We suffer in anticipation, afraid of the future that may carry a disease. We should be aware, either through the regulation of our habits or the discovery of genetic tendencies that predispose us to development of diseases. Prolonging existence and living with quality have evolved into an almost a moral duty. The *corpus* is composed of eight stories from Folha de S. Paulo. Journalism employs resources considered rational, but mobilizes readers by emotion, producing an imaginary that tends to spread in society.

Keywords: Journalism. Imaginary. Mental disorders. Risk.

Utilizamos as teorias do imaginário para compreender como o jornalismo tende a redefinir o estatuto do que é ser ou sentir-se doente a partir da disseminação da cultura do risco. O dispositivo jornalístico promove a doença em potencial ou imaginária e intervém no cotidiano, constituindo-se uma “tecnologia do imaginário”. Sofremos por antecipação, receosos do futuro que pode ser portador de alguma patologia. Devemos nos prevenir, seja por meio do regramento de nossos hábitos ou por meio da descoberta de tendências genéticas que nos predisponham a desenvolver doenças. Prolongar a existência e viver com qualidade tornaram-se quase um dever moral. O *corpus* é composto por oito matérias da Folha de S. Paulo. O jornalismo emprega recursos considerados racionais, mas mobiliza os leitores pela emoção, produzindo um imaginário que tende a se disseminar na sociedade.

Palavras-chave: Jornalismo. Imaginário. Transtornos mentais. Risco.

^(a) Curso de Comunicação Social/Jornalismo, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão. Rua Urbano Santos, s/nº, Centro, Imperatriz. Maranhão, MA, Brasil. 65900410. denise.ayres@ufma.br

Introdução

As doenças mentais se tornaram assunto cotidiano, extrapolando os domínios da Psiquiatria para figurar, cada vez mais, no espaço midiático. Não se trata apenas de excesso informativo. Os meios de comunicação reconfiguram as formas de sofrer na contemporaneidade, criando uma ambiência que interfere em nossas práticas. O jornalismo tende a redefinir os contornos do que é ser ou sentir-se doente.

A pós-modernidade evidencia a mudança de estatuto da doença mental, iniciada na década de 1960 com a reforma psiquiátrica na Itália. O movimento é sintoma da crise de saberes que põe em xeque a ciência como produtora de verdade. O fechamento progressivo dos manicômios é a expressão mais concreta desse movimento. Vivenciamos a saturação do projeto racional moderno e o abalo no conceito de doença mental.

O movimento brasileiro se inicia na década de 1970 e culmina com a aprovação da lei da reforma psiquiátrica em 2001. A chamada lei antimanicomial preconiza o fim dos hospitais psiquiátricos e a implantação da assistência descentralizada. Os muros dos asilos ruíram, mas o desenvolvimento tecnocientífico e a mudança na abordagem da doença mental, entre outros fatores, estimularam a medicalização do social.

O discurso da medicina procura enquadrar e patologizar os comportamentos em classificações que se espriam no social. O jornalismo reitera e amplifica tais definições, mas sua atuação extrapola o domínio factual e pragmático. Ao difundir o saber biomédico, o dispositivo jornalístico promove a doença mental em potencial ou, como denominamos, imaginária. A abordagem sobre a virtualidade ou risco de adoecimento convoca os indivíduos à responsabilização constante para evitar o mal.

Paradoxalmente, sob o pretexto de garantir melhor qualidade de vida, sofremos por antecipação, receosos do futuro que pode ser portador de alguma patologia. Devemos nos prevenir, seja por meio do regramento de nossos hábitos ou a descoberta de tendências genéticas que nos deixem vulneráveis a riscos. Ter qualidade de vida e prolongar a existência se tornaram quase um dever moral.

O jornalismo tende a mobilizar os indivíduos, disponibilizando notícias sobre as probabilidades de certos grupos desenvolverem doenças mentais. Como ordenador da vida cotidiana, o dispositivo narra o sofrimento e submete os fatos a uma forma que incorpora seus aspectos mais relevantes e paroxísticos. A notícia é um produto eminentemente simbólico e precisa atrair a atenção e produzir sensações para ser consumida.

Reforma psiquiátrica, medicalização e pós-modernidade

A reforma psiquiátrica integra as mudanças ocorridas na chamada pós-modernidade, caracterizada pela saturação do racionalismo e a consequente busca da verdade. Emerge um ambiente instável e compartilhado, em que a tecnologia de ponta conecta as pessoas.¹

A pós-modernidade resulta da crise nas ciências e metanarrativas² e mudanças nas esferas econômica, política, tecnológica e cultural. As transformações afetaram os conceitos de doença mental e normal/anormal. Mais do que um fenômeno de ordem psíquica, restrito ao domínio da medicina, a doença mental se constitui uma problemática social, cultural e discursiva, e portanto, remete a um imaginário.

Embora a noção de desinstitucionalização tenha surgido nos Estados Unidos na década de 1960³, a reforma psiquiátrica nasce na Itália com Franco Basaglia. O médico desenvolveu métodos terapêuticos que questionavam a psiquiatria tradicional. A interação social passou a ser considerada fator importante para o tratamento do distúrbio⁴.

Amarante⁵ propõe quatro dimensões atinentes à reforma psiquiátrica. A esfera epistemológica implica a revisão no conceito de ciência como neutra e produtora de verdade e o rompimento com as bases da psiquiatria que criaram o conceito de doença mental.

A dimensão técnico-assistencial se refere ao desmantelamento do modelo hospitalocêntrico e à criação de novos serviços descentralizados que permitam a convivência social do sujeito. O campo jurídico-político fomenta ações em diferentes segmentos sociais para a conquista de direitos e mudanças em leis.

Neste sentido, desinstitucionalização não se restringe à reestruturação técnica, de serviços, de novas e modernas terapias: torna-se um processo complexo de recolocar o problema, de reconstruir saberes e práticas, de estabelecer novas relações⁵. (p. 1)

A esfera cultural da reforma psiquiátrica se revela estratégica, objetivando modificar o imaginário sobre a doença mental. Este estudo integra a dimensão cultural porque compreende o jornalismo como prática sociocultural que produz narrativas sobre a doença mental e, conseqüentemente, o imaginário.

Outra mudança que se evidencia na pós-modernidade se refere à aproximação das neurociências e da psicofarmacologia. O surgimento dos psicotrópicos, na década de 1950, possibilitou o tratamento das doenças mentais fora dos asilos. Os sintomas são considerados distúrbios neurobioquímicos passíveis de regulação, por meio de medicamentos que atuam na atividade cerebral. A psicanálise, como tratamento terapêutico, entra em declínio, possibilitando a ascensão da psiquiatria biológica.

A mudança de abordagem das doenças mentais propiciou o aumento do número das patologias descritas. A terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) da Associação de Psiquiatria Americana (APA), em 1980, operou uma profunda transformação na Psiquiatria.

O manual se propôs a ser um sistema objetivo e ateuórico de classificação das doenças, com a finalidade de padronizar as práticas dos diagnósticos e facilitar a regulamentação farmacêutica e a pesquisa empírica. O documento aproximou a Psiquiatria e as Neurociências⁶. O DSM-III extrapolou os domínios médicos, tornando-se um *best seller*. As edições posteriores do manual também ampliaram o número das patologias descritas.

O uso generalizado de medicamentos resultou dos avanços tecnocientíficos e ação da indústria farmacêutica, interessada em ampliar o mercado consumidor. Os dados confirmam o uso excessivo de psicotrópicos⁷. O ambiente volúvel, acelerado e caótico da pós-modernidade proporciona a instabilidade emocional e a conseqüente intervenção regulatória para aliviar o mal-estar. As rígidas interdições morais deram vazão à intensidade do desejo. Os sintomas se expressam no corpo, na ação e nas intensidades⁸.

As doenças mentais no imaginário social

O imaginário é atmosfera, construção mental que estabelece relações e conecta os indivíduos dispersos. Trata-se de uma ambiência que abarca as esferas lúdica, onírica, afetiva e simbólica. “[...] O imaginário permanece uma dimensão ambiental, uma matriz, uma atmosfera, aquilo que Walter Benjamin chama de aura [...]”⁹ (p. 75). Esse ambiente mobiliza a sociedade em torno de valores e sentimentos comuns. Como refere Maffesoli, o imaginário é “cimento social”¹; vincula as pessoas.

Embora o sofrimento seja vivenciado pelo indivíduo, a doença é um fenômeno social e participa de uma atmosfera de partilha. De acordo com a perspectiva orgânica adotada por Maffesoli, a pessoa se inscreve em um corpo coletivo.

[...] Sabemos que essa medicina considera cada corpo como um todo que é necessário tratar como tal, mas é igualmente necessário observar que essa visão global é frequentemente reduplicada pelo fato de o corpo individual total ser tributário do todo que é a comunidade. [...]¹ (p. 60)

A pós-modernidade marca a explosão do número de pessoas afetadas por doença mental. Existem cerca de 450 milhões de indivíduos sofrendo de algum transtorno no mundo, sendo 23 milhões somente no Brasil¹⁰. A região metropolitana de São Paulo é apontada como a de maior incidência de transtornos mentais entre 24 países pesquisados¹¹.

O mal-estar é descrito e diagnosticado na forma corporal. O pensamento e a linguagem deixaram de ser preponderantes na descrição das patologias contemporâneas. O paciente não precisa recorrer à história de vida, articular e ressignificar episódios traumáticos, como propunha a abordagem psicanalítica.

As perturbações estão expostas no mal-estar corpóreo e na maneira como o indivíduo age. O corpo participa de uma espécie de encenação, forma que revela sentimentos e emoções. Assim, podemos afirmar que o sofrimento tem algo de performático, necessita do reconhecimento da alteridade.

[...] O encurtamento ou a condensação das formas de linguagem que a pós-modernidade reserva ao sofrimento parece ter redundado também em redução da extensão e em mutação na qualidade da queixa, sob a qual opera o diagnóstico. Temos agora novas patologias baseadas no déficit narrativo, na incapacidade de contar a história de um sofrimento, na redução do mal-estar à dor sensorial¹². (p. 33)

O corpo é a “caixa de ressonância” da ambiência pós-moderna, e o sofrimento se torna cada vez mais medicalizado, tecnicizado e midiaticizado. Compreendemos por tecnicização do sofrimento a apreensão do fenômeno pelas instâncias da ciência e da mídia. A medicina define o que é doença e procura reduzi-la a um distúrbio neurobioquímico, passível de regulação. O jornalismo se apropria do fato, submetendo-o a técnicas próprias para disseminar sentidos no social. A mídia cria ambiência que tende a redefinir os contornos do que é ser ou sentir-se doente.

A doença imaginária

A mudança no estatuto da patologia ocorre a partir da década de 50 do século XX, devido ao aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas e aos altos custos com tratamentos. As pesquisas visavam desenvolver mecanismos de proteção, a fim de evitar o aparecimento de patologias. Os cuidados se voltaram para a promoção da saúde e a intervenção preventiva que considera a análise do risco de desenvolver determinada doença.

É necessário antecipar e planejar ações, cruzar dados e estatísticas e observar predisposições, a fim de delinear a doença em potencial ou imaginária. A saúde não depende apenas de intervenção médica, mas se torna objeto de cálculo. A medicina preventiva utiliza testes genéticos para detectar a doença imaginária, delimitar grupos de risco e evitar que a patologia apareça, ou ainda minimizar seus danos.

Ser saudável não significa ausência de doença, mas implica a inexistência ou o baixo risco de desenvolver o mal. “Os enunciados relativos aos fatores de risco produzem efeitos na construção e transformação do conceito de doença e nos modos sociais e culturais de lidar com ela”¹³ (p. 78).

A distinção entre saúde e doença, antes fundada pela norma, foi substituída pela cultura do risco ou da fragilidade. Essa mudança de estatuto promoveu o alargamento das fronteiras das patologias, incluindo cada vez mais pessoas que têm potencial para desenvolver doenças¹⁴. A multiplicação de classificações das doenças nos códigos médicos e o aumento no uso de psicotrópicos⁷ são sintomas do espraiamento da medicalização no social.

Observamos ainda que muitas pessoas procuram ajuda profissional para tratar o sofrimento, estimuladas por notícias veiculadas sobre o assunto. A mídia instaura uma espécie de “ambiência patológica”, um estado de espírito decorrente da possibilidade de ficarmos doentes. “[...] Vivemos mais tempo e com melhor saúde, mas esse imenso benefício se paga com uma ansiedade maior, com uma patologização crescente de si”¹⁵ (p. 81). Cada descoberta, dado novo ou patologia noticiada tende a se tornar fonte de preocupação e objeto de controle e cuidado.

A anormalidade se espalha no social porque a medicina ampliou o diagnóstico e as doenças são cada vez mais descritas, calculáveis e midiaticizadas, manifestando-se no comportamento e na intensidade da ação. “De qualquer maneira, passaram a ser considerados anormais todos os indivíduos que se afastam e se desviam dos novos padrões de saúde e do bem-estar definidos pela agenda da qualidade de vida”¹⁶ (p. 40).

Somos convocados a estar vigilantes desde sempre, conformando nossos hábitos, pensamentos e estados de ânimo. A doença imaginária mobiliza um aparato tecnológico, científico e midiático que prescreve condutas e restrições. A predição aponta tendências que nem sempre se confirmam, mas criam ambiência, isto é, imaginário.

Jornalismo: informar, responsabilizar e seduzir

O dispositivo jornalístico carrega o espírito positivista herdado do século XIX. A noção de objetividade ou ênfase no fato, o caráter utilitário da informação, o apego a dados, a linguagem pretensamente precisa, a recorrência a especialistas e a busca pela neutralidade são princípios e procedimentos que embasam a profissão.

A concepção positivista tanto nas ciências nobres quanto no Jornalismo reforça o conceito de objeto de conhecimento e, portanto, a relação sujeito-objeto, o que fundamenta a teoria e a metodologia da objetividade. Nesta relação objetiva se inserem os princípios de busca da verdade e de controle técnico e tecnológico da pesquisa ou investigação. Tanto a gramática científica quanto a jornalística se constituem, no final do século XIX, fundamentadas na mesma ideologia¹⁷. (p. 177)

Tais fundamentos e estratégias integram a mitologia profissional. A relação objetiva entre a narrativa e os fatos ou o chamado “mito da transparência” é o grande trunfo da profissão para obter a credibilidade do leitor. “[...] A noção-chave dessa mitologia é a noção do “comunicador desinteressado”, onde o papel do jornalista é definido como o do observador neutro, desligado dos acontecimentos e cauteloso em não emitir opiniões pessoais. [...]”¹⁸ (p. 233).

O jornalismo tem a pretensão de ordenar as concepções dos sujeitos acerca do mundo diante do caos evenemencial, “[...] Por meio dele [o noticiário], também esperamos ter revelações, aprender o que é certo e errado, conferir sentido ao sofrimento e entender como funciona a lógica da vida. [...]”¹⁹ (p. 11). O discurso da Folha de S. Paulo (FSP) dá forma às doenças mentais, característica de um ambiente estruturado pela mídia.

A técnica jornalística submete os fatos a uma forma que incorpora os aspectos mais relevantes e paroxísticos com o intuito de atrair a atenção, produzir sensações, informar o público e vender o produto: a notícia. Podemos dizer que a notícia é a “narrativa da anormalidade” porque teatraliza a vida cotidiana, possui dramaticidade e se pauta no singular. Como ressalta Maffesoli, “todos os aspectos da existência social estão marcados do selo do teatral. Mesmo e incluindo os níveis mais racionais ou os mais sérios [...]”²⁰ (p. 177).

Consumimos a informação que, de alguma maneira, nos afeta, seja porque responde aos nossos interesses pragmáticos e imediatos ou porque simplesmente provoca sensações, atualiza-nos sobre as novidades e proporciona participar das conversas diárias. As notícias veiculadas sobre descobertas científicas, tratamentos ou mesmo uma nova patologia tendem a despertar curiosidade e interferir em nossa compreensão de mundo.

A notícia possui dimensão social, repercute na esfera prática e exprime valores, crenças, visões de mundo e sentimentos; enfim, integra um estado de espírito que denominamos imaginário. Ainda que ancorado na realidade empiricamente comprovável dos fatos, o produto noticioso está eivado de imaginário e produz ambiência. “Aí está a marca iconoclasta do jornalismo, que foge das imagens porque elas remetem ao inefável, ignorando que é do imaginário que a realidade salta, é para o imaginário que ela corre”²¹ (p. 123).

O discurso jornalístico reveste o sentir/sofrer de significado, partilhando sentidos que vinculam as pessoas e permitem coesão social. O dispositivo se constitui uma “tecnologia do imaginário” porque emprega a técnica própria da profissão para modificar, desvelar e atribuir sentido ao mundo.

As tecnologias do imaginário são, portanto, dispositivos (elementos de interferência na consciência e nos territórios afetivos aquém e além dela) de produção de mitos, de visões de mundo e de estilos de vida. Mas não são imposições. [...]”²². (p. 21)

O jornalismo dota a realidade de significado e insemna o imaginário, traduzindo uma forma de pensar o mundo, um ponto de vista sobre os fenômenos. A técnica jornalística lida com o dado social, mas transcende a realidade objetiva. O fato é reconstruído na forma de um produto vendável e capaz

de despertar sensações. Ao antecipar o mal que pode abater um número cada vez maior de pessoas, o dispositivo povoa o imaginário de sentidos.

O dispositivo jornalístico divulga a crença de que o indivíduo deve se responsabilizar por sua própria saúde, já que a informação está disponível. Não apenas o comportamento e a vontade são passíveis de controle, mas o ambiente que cerca o sujeito tende a se tornar fator de risco. A violência, o trânsito caótico, a alimentação, a competição no trabalho, o sedentarismo e até as lembranças podem provocar desequilíbrio emocional e a consequente manifestação do transtorno psiquiátrico.

A decisão de abandonar um vício, fazer uma dieta ou praticar uma atividade física está baseada em notícias e propagandas divulgadas pelos meios de comunicação, responsáveis por disseminar esses e tantos outros imaginários²³. (p. 2)

O jornalismo deve, então, informar, evidenciar grupos de risco, mostrar dados e apontar caminhos para que os indivíduos se responsabilizem pela saúde e evitem o sofrimento. Ainda que a técnica jornalística utilize recursos racionais como os dados, projeções, argumentos científicos e fala dos especialistas para comprovar as afirmações, o dispositivo apela às emoções. “[...] A técnica jornalística busca um efeito: a sensação [...]”²² (p. 106). O dever moral de se manter saudável, o medo de adoecer, as expectativas em torno do risco e a promessa de bem-estar extrapolam a esfera racional. A atmosfera evocada a partir das matérias jornalísticas concerne ao imaginário.

É melhor prevenir do que remediar: a doença imaginária no jornalismo

A doença mental não tem causa única e evidente. O sofrimento decorre de vários fatores, como a hereditariedade, os hábitos de vida e o ambiente em que a pessoa vive. Tudo pode desencadear um transtorno psíquico. As neurociências, que estabelecem relação entre a psicopatologia e a atividade cerebral, não dão conta de explicar ou evitar o sofrimento. O fenômeno excede o domínio racional, previsível e se relaciona a causas complexas, interdependentes.

Ainda que se mostre nebuloso, algo dá coesão e sentido ao fenômeno. O indivíduo que sofre, o médico que circunscreve e diagnostica o mal-estar, o jornalista que submete as doenças às técnicas da profissão para torná-las notícia e o leitor/internauta, que consome a informação, partilham a mesma atmosfera; o imaginário.

Selecionamos a Folha de S. Paulo (FSP) por ser um dos jornais de maior circulação paga em âmbito nacional, com média de 175.441 exemplares²⁴. Além de ser veículo de referência nacional, a escolha considerou o fato de a região metropolitana de São Paulo possuir o maior índice de doença mental entre os países pesquisados¹¹.

Utilizamos a pesquisa documental e bibliográfica e as teorias do imaginário de Maffesoli^{1,9,20}, bem como a noção de “tecnologia do imaginário”²² para compreender como o jornalismo tende a redefinir o estatuto do que é ser ou sentir-se doente a partir da disseminação da cultura do risco e a consequente intervenção no imaginário social.

Os textos compõem o arquivo digital da Folha de S. Paulo e foram escolhidos por meio dos recursos disponíveis no site “busca detalhada” e “frase exata”. As matérias se referem aos anos 2001 e 2011, data da aprovação da lei da reforma psiquiátrica no Brasil e dez anos depois. Foram utilizadas as palavras-chave “doença mental” e “doenças mentais”. Para a primeira expressão, obtivemos 23 páginas no ano 2001 e 11 páginas no ano 2011. Para a expressão “doenças mentais”, obtivemos 14 páginas no ano 2001 e 9 páginas no ano 2011.

A fim de enquadrar o assunto, selecionamos ocorrências em que a patologia esteja expressa no título ou no subtítulo. Selecionamos matérias que enfocassem diretamente o tema e excluímos ocorrências repetidas, entrevistas, notas informativas e textos opinativos. Retiramos os cadernos *Ilustrada*, *Ilustríssima* e *Guia da Folha*, que tratam do mundo artístico. A matéria intitulada “Pressões e problemas urbanos colaboram para afastamento”²⁵ foi mantida porque integra a reportagem com o título “Afastamentos por doenças mentais disparam no país”²⁶. Totalizamos doze matérias, sendo oito relacionadas à cultura do risco, que se constituem o *corpus* pesquisado.

A matéria intitulada “Pressões e problemas urbanos colaboram para afastamento”²⁶ ressalta que o “cotidiano das grandes cidades faz com que as pessoas vivam estressadas”²⁶. O texto cita os fatores que provocam doenças mentais: “competitividade entre as empresas”, “cobrança, os problemas pessoais, os familiares, os sociais, o trânsito caótico das grandes cidades e a violência urbana”²⁶. Observamos, portanto, que a existência em uma grande cidade como São Paulo está sob permanente risco.

O jornalismo promove o imaginário, aludindo a um futuro programável por meio de estatísticas, probabilidades e pesquisas. A descoberta de componentes genéticos ligados às doenças mentais, os fatores ambientais que podem causar doenças e os grupos de risco são um composto que o indivíduo é intimado a dar conta. Cria-se, assim, o temor e a necessidade de atuar sobre algo que ainda não está instalado, mas paira como ameaça e cria atmosfera.

Através da emergência do risco, podemos apreender a invasão do cotidiano pela ciência e pela tecnologia, a articulação nova entre mídia e ciência, e a mídia legitimando-se por ocupar o lugar daquele que na sociedade adverte sobre a existência dos riscos e propõe os meios de contorná-los. Não experimentamos apenas a estetização do cotidiano; experimentamos ainda a cientificização de nossas vidas e mortes¹⁴. (p. 55)

O corpo se torna objeto de investimentos e cuidados. A forma corporal concerne à qualidade da gestão dos hábitos do indivíduo, o domínio de si, evitando práticas que possam redundar em doenças. O jornalismo divulga o saber médico e se configura como instância moral, capaz de interferir em nossa vida cotidiana. Como tecnologia do imaginário, o dispositivo atua de forma persuasiva, a fim de regradar os hábitos. Para se ter equilíbrio emocional, é preciso fazer dietas, exercícios físicos, ter sono tranquilo, restringir o fumo e o álcool, entre outras prescrições. A dietética contemporânea veiculada na mídia possui grande apelo emocional, visto que promete uma vida mais saudável e prolongada.

O imaginário pós-moderno valoriza a forma corporal, atrelando-a a valores como felicidade e autoestima. O indivíduo, autônomo e responsável pela condução da própria vida, arca com o ônus de se equilibrar frente às demandas. Os ideais de saúde e beleza se mesclam em um conjunto de práticas que proporcionam bem-estar físico e mental.

A doença imaginária mobiliza ações cotidianas, repercutindo em nossos hábitos mais prosaicos. Ter saúde é quase um dever moral, resultado da gestão eficaz do corpo. O jornalismo potencializa o interesse, a curiosidade, a expectativa e o medo em torno da doença em potencial. “[...] o maior acesso à informação e a globalização contribuem para a maior ocorrência de doenças mentais”; “Especialistas ressaltam que os trabalhadores têm acesso atualmente a mais informações sobre os transtornos mentais e suas causas”²⁶. O jornalismo põe em circulação sentidos capazes de incitar a responsabilização do indivíduo e o regramento do cotidiano.

O uso de estatísticas e da genômica confere credibilidade às afirmações e determina grupos de risco. A doença mental resulta não apenas da hereditariedade, mas de fatores ambientais como a condição socioeconômica ou determinadas atividades produtivas que predis põem a riscos. As estatísticas circunscrevem tendências e discriminam grupos patológicos e populações que têm possibilidade maior de desenvolver doenças. O texto intitulado “Afastamentos por doenças mentais disparam no país”²⁶ evidencia a importância de apresentar os riscos por meio de números, dando credibilidade e maior concretude ao que se afirma. “Com a criação do chamado Nexo Técnico Epidemiológico, passou a ser calculada a frequência de determinadas doenças por grupos de atividade”²⁶.

A reportagem intitulada “Doença mental afeta mais criança favelada” utiliza o mesmo recurso. “Entre os favelados, a possibilidade de distúrbios mentais chega a 22%, contra 12% entre as da zona rural e as da classe média urbana”²⁷. E ainda: “Para Souza, o risco de uma criança vir a ter problema de saúde mental é igual entre as camadas de maior renda da população”²⁷. Outro trecho evidencia o grupo de risco:

Bacy observou que, apesar de as crianças da zona rural terem renda inferior à da classe média, a qualidade de vida oferecida pela vida no campo compensa a diferença econômica e, consequentemente, reduz a probabilidade de gerar uma criança com problemas mentais²⁷.

Identificamos a doença imaginária na matéria intitulada "Estudo da depressão enfatiza o passado". O texto circunscreve grupos de risco vulneráveis aos transtornos depressivos ou de estresse pós-traumático devido ao tipo de memória. "Estudos com milhares de adolescentes tentam determinar se os que têm memória supergeneralizada apresentam maior probabilidade de desenvolver depressão"²⁸. Outro exemplo: "E um trabalho incomum sugere que a memória supergeneralizada é um fator de risco para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)"²⁸. O jornalismo confere sentidos à doença imaginária quando aborda a hereditariedade da patologia. "Outra constatação feita pela pesquisadora é que 30% das crianças cujos pais apresentam depressão também possuem algum tipo de distúrbio mental"²⁷.

A Folha de S. Paulo circunscreve a doença imaginária ou potencial por meio de dados, pesquisas, estatísticas e projeções. Tais estratégias dão forma a algo que ainda não aconteceu, existe apenas na esfera do possível, mas quando submetido à técnica jornalística, tem consequências na esfera prática. "[...] a produção jornalística afeta o olhar, fabricando visões de mundo [...]"²² (p. 106). Os números impressionam porque indicam precisão e parecem dar conta do que está por vir, criando um efeito de realidade. A lógica matemática se impõe perante o desconhecido, pretendendo medir, de modo claro, a ameaça nebulosa. A técnica jornalística busca traduzir a verdade, ainda que esta seja uma aspiração ideativa e se revele parte da mitologia profissional.

O trecho evidencia a projeção e a determinação do grupo de risco: "Entre os médicos, os distúrbios emocionais também aumentam. De 10% a 15% terão sintomas de depressão, calcula Luiz Antonio Nogueira Martina, 57, professor de psiquiatria da Unifesp [...]"²⁹. Identificamos a projeção no excerto: "Os transtornos depressivos são hoje a quarta causa de incapacitação no mundo. Em 2020, serão a segunda"³⁰. E ainda: "É importante que o Brasil aproveite esse tipo de estudo para preparar seu sistema de saúde para o futuro"³¹.

O excerto seguinte também utiliza o mesmo recurso para dar credibilidade e tangibilizar a afirmação: "As estatísticas de recuperação são animadoras para quem encara um tratamento [para alcoolismo] até o final. Ao redor de 90% delas melhoram e 60% se recuperam, segundo uma compilação de dados internacionais sobre o tema"³².

A mesma matéria evidencia o risco do alcoolismo: "Quanto antes optar por uma delas, melhor. Há mais chances de os danos da bebida sobre o corpo serem revertidos"³².

Outro sentido da doença imaginária, além das probabilidades, é o efeito de generalização. Os títulos das matérias se referem a casos particulares que acabam estendidos para todas as situações. Identificamos o recurso no título: "Doença mental afeta mais criança favelada"²⁷. Partindo da assertiva, temos a impressão de que a incidência maior de doença mental ocorreria em crianças das favelas em geral. No entanto, o estudo se restringiu a analisar apenas um grupo específico atendido no serviço público de saúde.

O título da matéria "Motivação evita recaída no alcoolismo"³² provoca o efeito de generalização ao estender o estudo realizado em 150 pacientes. O corpo da matéria desencadeia o mesmo efeito. Além de a pesquisa ser restrita a um grupo, a própria matéria afirma que as estatísticas sobre a recuperação de alcólatras são insuficientes no Brasil.

Na Universidade Federal de São Paulo, a psiquiatra Margarete Oliveira acaba de defender uma tese de doutorado confirmando que um determinado tipo de terapia faz diferença na recuperação do paciente. Com ela, dobram as chances de se evitar uma recaída³².

Os dados citados nas matérias parecem dar a dimensão do sofrimento. Ainda que haja poucos estudos sobre a incidência de doenças mentais no mundo e no Brasil, as amostras são fragmentos do real estendidos a outros grupos, desconsiderando as características das diversas sociedades. A partir de alguns estudos, a ciência tende a generalizar os dados. O jornalismo amplifica as pesquisas, utilizando técnicas capazes de criar o efeito de generalização e o efeito de realidade e visam abarcar o maior número possível de leitores.

A técnica jornalística busca se afastar do ilógico e do irracional e procura convencer o leitor com dados exatos e científicos, ainda que a realidade seja complexa e paradoxal. Os números parecem traduzir a realidade social, tendem a se impor como verdade e reafirmam o controle e o domínio sobre a natureza, característicos da herança moderna. A técnica jornalística reforça o caráter onipotente do conhecimento e procura impactar o leitor generalizando afirmações que se referem a estudos pontuais.

O jornalismo atua como instrumento de objetivação da realidade e instância mediadora entre o indivíduo e o real. O dispositivo se calca em técnicas que visam dar transparência à função representativa e simbólica do discurso, conferindo-lhe credibilidade. Nessa lacuna epistemológica, a “tecnologia do imaginário” cria ambiência, mobilizando instâncias que ultrapassam o racional.

Considerações finais

A fronteira do que é considerado normal se estreita, cada vez mais, na pós-modernidade. A medicina promove a patologização do social, classificando a diversidade de comportamentos como doentios. A anormalidade se espalha na sociedade sendo descrita, calculável e midiaticável, manifestando-se no comportamento e na intensidade da ação. Em outros termos, o sofrimento é tecnicizado, medicalizado e midiaticado. O fenômeno é circunscrito no domínio das ciências, principalmente da medicina, e tornado notícia. O jornalismo possibilita que as pessoas tenham acesso facilitado às informações sobre as doenças mentais e possam gerir suas vidas.

O discurso da Folha de S. Paulo é característico do ambiente pós-moderno, em que a mídia tende a protagonizar o papel antes restrito à medicina. O dispositivo alerta para os riscos e preconiza a gestão do cotidiano, operando como instância moral; demarca as condutas desejáveis e condena outras. O discurso jornalístico convoca os indivíduos a se responsabilizarem pela própria saúde. Instaura-se o controle sobre os hábitos cotidianos, relegando os desvios à má gestão de si.

Os exemplos ilustram os resquícios da modernidade que buscam traduzir a natureza segundo modelos científicos mecanicistas, lógicos e claros. O jornalismo tende a expressar a visão instrumental e utilitarista do ser humano dominador e eficaz. A doença mental possui algo de impalpável que precisa ser traduzido em números, personagens e projeções capazes de suscitar interesse no leitor.

A doença imaginária é um constructo resultante da técnica jornalística. A narrativa traduz a ameaça nebulosa em argumentos e dados científicos que têm a pretensão de dar conta da realidade. A ênfase na probabilidade de desenvolver determinada doença, a evidência de grupos de risco e o efeito de generalização dos dados compõem as estratégias do discurso para dar forma ao fenômeno que existe somente na esfera do possível. A partir da circunscrição da ameaça em potencial, difunde-se a crença em um futuro programável, e a doença imaginária passa a atuar na esfera prática.

O dispositivo jornalístico é uma tecnologia do imaginário porque mobiliza crenças, valores e emoções e cria atmosfera. O apelo midiático instaura uma espécie de “ambiência patológica”, decorrente do risco de ficarmos doentes. O jornalismo transcende a esfera racional e promove um imaginário que evidencia a saúde como ideal a ser perseguido, e a doença, um mal a ser evitado por meio da gestão dos hábitos.

Referências

1. Maffesoli M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. 4a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.
2. Lyotard JF. A condição pós-moderna. 14a ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2011.
3. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
4. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 3a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
5. Amarante P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. Cad Bras Saude Mental [Internet]. 2009 [citado 07 Mai 2017]; 1(1):1-7. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>.
6. Dunker CL, Kyrillos Neto F. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2011; 14(4):611-26.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim de Farmacoepidemiologia. 2011; 2(1):1-8.
8. Birman J. O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.
9. Maffesoli M. O imaginário é uma realidade. Famecos. 2001; 8(15):74-82.
10. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: OMS; 2001.
11. Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo [Internet]. Organização Mundial de Saúde. São Paulo Megacity Mental Health Survey. 2012 [citado 15 Abr 2014]. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0031879&representation=PDF>.
12. Dunker CL. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo; 2015.
13. Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo RAM. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
14. Vaz P. Consumo e risco: mídia e experiência do corpo na atualidade. Comunic Midia Consumo. 2006; 3(6):37-61.
15. Lipovetsky G. Da leveza: rumo a uma civilização sem peso. Barueri, SP: Manole; 2016.
16. Birman J. Muitas felicidades?! O imperativo de ser feliz na contemporaneidade. In: Freire JF, organizador. Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: FGV; 2010. p. 27-47.
17. Medina C, Greco M, organizadores. Saber plural: o discurso fragmentalista da ciência e a crise de paradigmas. São Paulo: ECA, USP; 1994.
18. Traquina N, organizador. Jornalismo: questões, teorias e “estórias”. Florianópolis: Insular; 2016.
19. Botton A. Notícias: manual do usuário. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2015.
20. Maffesoli M. A conquista do presente. Natal: Argos; 2001.
21. Barros ATMP. Sob o nome de real: imaginário no jornalismo e no cotidiano. Porto Alegre: Armazém Digital; 2007.
22. Silva JM. Tecnologias do imaginário. 3a ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.
23. Mendes PMC, Melo CV. A ideia de saúde imaginária no reality show de

reprogramação corporal, uma análise de medida certa e além do peso [Internet]. In: Anais do 25º Encontro Anual da Compós; 2016; Goiânia; 2016 [citado 15 Jul 2016]. Disponível em: http://www.compos.org.br/biblioteca/comp%C3%B3s2016comautoria_3391.pdf

24. Associação Nacional de Jornais [Internet]. Brasília; 2015 [citado: 03 Jun 2016]. Disponível em: <http://www.anj.org.br/maiores-jornais-do-brasil/>.

25. Cézari M. Pressões e problemas urbanos colaboram para afastamento. Folha de S. Paulo. 25 Nov 2011. Mercado: B7.

26. Fraga E, Borlina VF. Afastamentos por doenças mentais disparam no país. Folha de S. Paulo. 25 Nov 2011. Mercado: B6.

27. Medeiros R. Doença mental afeta mais criança favelada. Folha de S. Paulo. 11 Mar 2001. Cotidiano: C1.

28. Gee A. Estudo da depressão enfatiza o passado. Folha de S. Paulo. 18 Jul 2011. New York Times: P6.

29. Yuri D. Médicos são mais suscetíveis a distúrbios e depressão. Folha de S. Paulo. 18 Nov 2001. Cotidiano: C10.

30. Biancarelli A. Depressão é 4ª causa de incapacitação. Folha de S. Paulo. 12 Dez 2001. Campinas: C5.

31. Pinho A. Doenças psiquiátricas roubam mais anos de vida do brasileiro. 10 Mai 2011. Saúde: C12.

32. Stringueto K. Motivação evita recaída no alcoolismo. 04 Fev 2001. Cotidiano: C10.

Gomes DCA. Es mejor prevenir que remediar: la enfermedad imaginaria en el periodismo. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):493-503.

Utilizamos las teorías de lo imaginario para entender cómo el periodismo tiende a redefinir el estatuto de lo que es estar o sentirse enfermo a partir de la difusión de la cultura del riesgo. El dispositivo periodístico promueve la enfermedad en potencia o imaginaria e interviene en el cotidiano, constituyéndose una "tecnología de lo imaginario". Sufrimos por anticipado, recelosos del futuro que puede ser portador de alguna patología. Debemos prevenirnos, sea por medio de reglar nuestros hábitos o por medio del descubrimiento de tenencias genéticas que nos predispongan a desarrollar enfermedades. Prolongar la existencia y vivir con calidad se convirtieron en casi un deber moral. El *corpus* se compone de ocho artículos del periódico Folha de S. Paulo. El periodismo emplea recursos considerados racionales, pero moviliza a los lectores por la emoción, produciendo un imaginario que tiende a diseminarse en la sociedad.

Palabras clave: Periodismo. Imaginario. Transtornos mentales. Riesgo.

Submetido em 05/12/16. Aprovado em 05/04/17.

An ounce of prevention is worth a ton of cure: imaginary diseases in journalism

Denise Cristina Ayres Gomes^(a)

(a) Curso de Comunicação Social/ Jornalismo, Centro de Ciências Sociais, Saúde e Tecnologia, Universidade Federal do Maranhão. Rua Urbano Santos, s/nº, Centro, Imperatriz. Maranhão, MA, Brasil. 65900410. denise.ayres@ufma.br

We use the theories of the imaginary to understand how journalism tends to redefine the status of what it is to be or to feel sick through the dissemination of the culture of risk. The journalistic devices promote the potential or imaginary disease, acting on the daily practices, thus becoming a “technology of the imaginary”. We suffer in anticipation, afraid of the future that may carry a disease. We should be aware, either through the regulation of our habits or the discovery of genetic tendencies that predispose us to development of diseases. Prolonging existence and living with quality have evolved into an almost a moral duty. The corpus is composed of eight stories from Folha de S. Paulo. Journalism employs resources considered rational, but mobilizes readers by emotion, producing an imaginary that tends to spread in society.

Keywords: Journalism. Imaginary. Mental disorders. Risk.

Introduction

Mental illnesses became a daily issue, extrapolating the domains of psychiatry to appear more and more in the media. It is not just a matter of informational excess. The media reconfigures the ways in which suffering is perceived in the contemporary world, creating an environment that interferes with our practices. Journalism tends to redefine the contours of what it is to be or to feel sick.

Postmodernity exemplifies the change of status of mental illness, which began in the 1960s with the psychiatric reform in Italy. This movement is a symptom of the crisis of knowledge that put science in check as a producer of truth. The progressive closure of asylums is the most concrete expression of this movement. We experience the saturation of modern rational design and the shaking of the concept of mental illness.

The Brazilian movement began in the 1970s and culminated in the adoption of the law on psychiatric reform in 2001. The so-called anti-asylum law advocates the end of psychiatric hospitals and the implementation of decentralized care. The walls of the asylums collapsed, but the techno-scientific development and the change in the approach of the mental illness among other factors, stimulated the medicalization of what is social.

The discourse of medicine seeks to frame and pathologize the behaviors in classifications that are later spread in the social field. Journalism reiterates and amplifies such definitions, but its performance expands beyond the factual and pragmatic domains. By disseminating biomedical knowledge, the journalistic device promotes potential or, as we call it, imaginary mental illness. The approach to the virtuality or risk of illness constitutes an individual call to be accountable to avoid illness.

Paradoxically, under the pretext of ensuring a better quality of life, we suffer in anticipation, afraid that we may be a carrier of some pathology in the future. We are supposed to act preventively, either by regulating our habits or by discovering genetic trends that may make us vulnerable to risk. Having a quality of life and prolonging existence have become almost a moral duty.

Journalism tends to mobilize individuals by providing news about the likelihood of certain groups in developing mental illness. As a regulator of daily life, the journalistic device narrates suffering and submits the facts to a form that incorporates its most relevant and paroxysmal aspects. News is an eminently symbolic product and needs to attract attention and produce sensations ready to be consumed.

Psychiatric reform, medicalization and postmodernity

Psychiatric reform integrates the changes that occurred in the so-called postmodernity characterized by the saturation of rationalism and the consequent search for truth. There is an emergence of an unstable and shared environment where cutting-edge technology connects people.¹

Postmodernity is a result from the crisis in the sciences and metanarratives² as well as from changes in the economic, political, technological and cultural spheres. The transformations affected the mental illness and normal/abnormal concepts. More than a phenomenon of psychic order, restricted to the domain of medicine, mental illness constitutes a social, cultural and discursive problematic, therefore referring to an imaginary.

Although the notion of deinstitutionalization emerged in the United States in the 1960³, the psychiatric reform is born in Italy with Franco Basaglia. The physician developed therapeutic methods that questioned traditional psychiatry. Social interaction was considered an important factor for the treatment of the disorder⁴.

Amarante⁵ proposes four dimensions related to psychiatric reform. The epistemological sphere implies the revision in the concept of science as neutral and producer of truth and the break with the foundations of psychiatry that created the concept of mental illness.

The technical-assistance dimension refers to the dismantling of the hospital-centered model and the creation of new decentralized services that allow the social coexistence of the subject. The juridical-political field promotes actions in different social segments for the conquest of rights and changes in laws.

In this sense, deinstitutionalization is not restricted to technical restructuring, services, new and modern therapies: it becomes a complex process of replacing the problem, of reconstructing knowledge and practices, of establishing new relations⁵. (p.1)

The cultural sphere of psychiatric reform reveals itself strategically, aiming to modify the imaginary about mental illness. This study integrates the cultural dimension because it understands journalism as a sociocultural practice that produces narratives about mental illness and, consequently, related to the imaginary.

Another change that is evident in postmodernity refers to the neuroscience and psychopharmacology approach. The emergence of psychotropic drugs in the 1950s made it possible to treat mental illness outside of nursing homes. Symptoms are considered neuro-biochemical disorders that can be regulated through medications that act on the brain activity. Psychoanalysis as a therapeutic treatment goes into decline, thus making ground for the rise of biological psychiatry.

The change of approach to mental illness led to an increase in the number of pathologies that are described. The third edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) of the American Psychiatric Association (APA) in 1980 brought about a profound transformation in psychiatry.

The manual set out to be an objective and a-theoretical system classification of diseases, in order to standardize the practices of diagnosis and facilitate drug regulation and empirical research.

The document approached psychiatry and neurosciences⁶. The DSM-III extrapolated the medical domain to become a best seller. Later editions of the manual also increased the number of pathologies described.

The widespread use of drugs resulted from the techno-scientific advances and action of the pharmaceutical industry, interested in expanding the consumer market. The data confirm the excessive use of psychotropic drugs⁷. The fickle, fast and post-modern chaotic environment provides emotional instability and the consequent regulatory intervention to relieve the discomfort. The rigid moral interdictions gave vent to the intensity of desire. The symptoms are expressed through the body, actions and intensities⁸.

Mental illnesses in the social imaginary

The imaginary is atmosphere, mental construction that establishes relationships and connects the dispersed individuals. It is an ambience that encompasses the ludic, dreamlike, affective and symbolic spheres. “[...] The imaginary remains an environmental dimension, a matrix, an atmosphere, something called aura by Walter Benjamin [...]”⁹ (p. 75). This environment mobilizes society around common values and feelings. As Maffesoli says, the imaginary is “social cement”¹; it connects people.

Although the individual experiences suffering, disease is a social phenomenon and is part of an atmosphere of sharing. According to the organic perspective adopted by Maffesoli, the person is integrated into a collective body.

[...] We know that this medicine considers each body as a whole to be treated as such, but it is also necessary to note that this global view is often reduplicated by the fact that the total individual body is tributary to the whole that is the community. [...]¹ (p. 60)

Postmodernity marks the explosion of the number of people affected by mental illness. There are about 450 million individuals worldwide suffering from some disorder, with 23 million in Brazil alone¹⁰. The metropolitan region of São Paulo is considered the one with the highest incidence of mental disorders among 24 countries surveyed¹¹.

This malaise is described and diagnosed in a corporeal shape. Thought and language are no longer preponderant in describing contemporary pathologies. The patient need not to resort to life history, to articulate and re-signify traumatic episodes, as proposed by the psychoanalytic approach.

Disorders are exposed in a corporeal illness and in the way the individual acts. The body participates in a kind of staging, a form that reveals feelings and emotions. Thus, we can affirm that suffering has something resembling a performance; it needs the recognition of otherness.

[...] The shortening or condensation of the forms of language that postmodernity reserves for suffering seems to have also led to a reduction in the extent and mutation of the quality of the complaint under which the diagnosis operates. We now have new pathologies based on narrative deficit, inability to tell the story of suffering, reduction of discomfort to sensory pain¹². (p. 33).

The body is the 'resonance box' of the postmodern environment, and suffering becomes increasingly medicalized, technified and mediatized. We understand by technicization of suffering the apprehension of the phenomenon by the instances of science and the media. Medicine defines what is a disease and seeks to reduce it to a neurobiochemical disorder, which can be regulated. Journalism appropriates the fact, subjecting it to its own techniques in order to disseminate meaning in the social environment. The media creates an ambiance that tends to redefine the contours of what it is to be or to feel sick.

The imaginary disease

The change in the status of pathology occurs from the 1950's on, due to the increase in the incidence of chronic-degenerative diseases and the high costs related to treatments. Research aimed to develop mechanisms of protection in order to avoid the appearance of pathologies. The focus has been on health promotion and preventive intervention considering the analysis of the risks of developing a particular disease.

It is necessary to anticipate and plan actions, cross data and statistics and observe predispositions in order to delineate the potential or imaginary disease. Health does not depend only on medical intervention, but becomes the object of calculation. Preventive medicine uses genetic tests to detect imaginary disease, delineate at-risk groups and prevent pathology from appearing or minimize its damage.

Being healthy does not mean absence of disease, but it implies the inexistence or low risk of developing disorder. "The statements related to risk factors have effects

in the construction and transformation of the concept of disease and in the social and cultural ways of dealing with it"¹³ (p. 78).

The distinction between health and disease, once based on standards, has been replaced by the culture of risk or fragility. This change of status has promoted the enlargement of disease frontiers, including more and more people who have the potential to develop diseases¹⁴. The multiplication of disease classifications in medical codes and the increase in the use of psychotropic drugs⁷ are symptoms of the spread of medicalization in the social.

We also note that many people seek professional help to deal with the suffering, encouraged by news reports on the subject. The media created a kind of "pathological ambience," a state of mind stemming from the possibility of getting sick. "[...] We live longer and in better health, but this immense benefit is paid with greater anxiety, with a growing pathologization of self"¹⁵ (p.81). Every discovery, new data, or reported pathology tends to become a source of concern and object of control and care.

The abnormality spreads in the social environment because medicine has expanded diagnosis; and diseases are increasingly described, calculable and mediatized, manifesting themselves in behavior and intensity of action. "In any case, all individuals who are far or deviate from the new standards of health and well-being defined by the quality of life agenda are considered abnormal"¹⁶ (p. 40).

We are called to be vigilant forever, conforming our habits, thoughts and states of mind. The imaginary disease mobilizes a technological, scientific and mediatic device that prescribes conducts and restrictions. The prediction points out tendencies that are not always confirmed, but create ambience, that is, imaginary.

Journalism: informing, holding accountable and seducing

The journalistic device bears the positivist spirit inherited from the nineteenth century. The notion of objectivity or its emphasis on the facts, the utilitarian character of information, its attachment to data, to language allegedly accurate, its recurrence to

specialists, the quest for neutrality are principles and procedures that underpin the profession.

The positivist conception in both the noble sciences and in journalism reinforces the concept of object of knowledge and, therefore, the subject-object relationship, which underlies the theory and methodology of objectivity. In this objective relationship, the principles of search for truth and technical and technological control of research or research are inserted. At the end of the 19th century, both scientific and journalistic grammar were constituted based on the same ideology¹⁷. (p. 177)

Such fundamentals and strategies are part of a professional mythology. The objective relationship between the narrative and the facts or the so-called "myth of transparency" is the great asset of the profession to gain the credibility of the reader. "[...] The key notion of this mythology is the notion of the "disinterested communicator," where the journalist's role is defined as that of the neutral observer, detached from events and cautious not to utter personal opinions. [...]"¹⁸ (p.233).

Journalism has the pretension of ordering the subjects' conceptions about the world in the face of evenemential chaos. "[...] Through [the daily news], we also hope to have revelations, to learn what is right and wrong, to give meaning to suffering and to understand how the logic of life works. [...]"¹⁹ (p. 11). This speech of *Folha de S. Paulo* (*FSP – A Brazilian newspaper*) gives shape to mental illnesses that is characteristic of an environment structured by the media.

The journalistic technique submits the facts to a form that incorporates the most relevant and paroxysmal aspects in order to attract attention, produce sensations, inform the public and sell a product: the news. We can say that the news is the "narrative of the abnormality" because it theatricalizes the daily life; it has drama and is based in the singular. As Maffesoli points out, "all aspects of social existence are marked by the stamp of the theater. Even and including the most rational or serious levels [...]"²⁰ (p.177).

We consume the information that somehow affects us, because it gives an

answer to our pragmatic and immediate interests or simply by provoking sensations, updating us on the novelties and providing inputs to participate in the daily conversations. News stories about scientific discoveries, treatments or even a new pathology tend to arouse curiosity and interfere with our understanding of the world.

The news has a social dimension, it has repercussions in the practical sphere and it expresses values, beliefs, worldviews and feelings, in short, it integrates a state of mind that we call imaginary. Although being anchored in the empirically verifiable reality of the facts, the news product is imbued with imagery and produces ambience. "There is the iconoclastic mark of journalism, which escapes from the images because they refer to the ineffable, ignoring that it is from the imaginary that reality jumps, it is for the imaginary that it is running towards"²¹ (p. 123).

The journalistic discourse has the sense/suffering of meaning, sharing meanings that bind people and allow social cohesion. The device constitutes a "technology of the imaginary" because it uses the technique of the profession itself to modify, reveal and give meaning to the world.

The technologies of the imaginary are, therefore, devices (elements of interference in the consciousness and in the affective territories below and beyond) of the production of myths, worldviews and lifestyles. But they are not impositions. [...]"²² (p. 21)

Journalism endows the reality of meaning and inseminates the imaginary, translating a way of thinking the world, a point of view on the phenomena. Journalistic technique deals with social data, but transcends objective reality. The fact is rebuilt in the form of a saleable product capable of arousing sensations. In anticipating the evil that may kill more and more people, the device populates the imaginary of senses.

The journalistic device discloses the belief that the individuals should take responsibility for their own health, since the information is available. Not only the behavior and will are subject to control, but also the environment surrounding the subject tends to become a risk factor. Violence, chaotic traffic, food, job competition, sedentary lifestyle and even memories can lead to emotional imbalance and the

consequent manifestation of psychiatric disorder.

The decision of quitting a vice, to diet or exercising is based upon news and advertising disseminated by the media, that are responsible for spreading those and other several imaginary sets²³. (p. 2)

Journalism must then inform, highlight groups at risk, show data and point out ways for individuals to take responsibility for health and avoid suffering. Although the journalistic technique uses rational resources like data, projections, scientific arguments and speech of the experts to prove its affirmations, the device appeals to the emotions. “[...] The journalistic technique seeks an effect: the sensation [...]”²² (p. 106). The moral duty to remain healthy, the fear of falling ill, the expectations about risk, and the promise of wellbeing extrapolate the rational sphere. The atmosphere evoked from journalistic concerns the imaginary.

An ounce of prevention is worth a ton of cure: imaginary disease in journalism

Mental illness has no single obvious cause. Suffering comes from many factors such as heredity, life habits and the environment in which the person lives. Everything can trigger a psychic disorder. Neuroscience, by establishing a relationship between psychopathology and brain activity, fails to explain or avoid suffering. The phenomenon exceeds the rational, predictable domain and is related to complex, interdependent causes.

Although fuzzy, something gives cohesion and sense to the phenomenon. The individual who suffers, the doctor who circumscribes and diagnoses the malaise, the journalist who submits the diseases to the techniques of the profession to make them news, and the reader / web surfer who consumes the information, share the same atmosphere: the imaginary.

We have selected *Folha de S. Paulo (FSP)* for being one of the newspapers with the highest circulation in Brazil, with an average of 175,441 copies²⁴. Besides being a national reference vehicle, the choice considered the fact that the metropolitan region

of São Paulo has the highest index of mental illness among the surveyed countries¹¹.

We used documentary and bibliographical research and theories of the imaginary of Maffesoli^{1,9,20}, as well as the notion of "technology of the imaginary"²² to understand how journalism tends to redefine the status of what it is to be or to feel sick from the dissemination of the culture of risk and the consequent intervention in the social imaginary.

The texts compose the Folha de S. Paulo digital archive and were chosen through the resources available on the site "detailed search" and "exact phrase". The subjects refer to the years of 2001 and 2011, being 2001 the date of the approval of the law of psychiatric reform in Brazil and ten years later. Using the keywords "mental illness" and "mental illnesses". For the first expression, we obtained 23 pages in the year 2001 and 11 pages in the year 2011. For the expression "mental illnesses", we obtained 14 pages in the year 2001 and 9 pages in the year 2011.

In order to frame the subject, we select occurrences in which the pathology is expressed in the title or in the subtitle. We select subjects that focus directly on the theme and exclude repeated occurrences, interviews, informative notes and opinion texts. We removed the sections: Cadernos Ilustrada, Ilustríssima and Guia da Folha that deal with the artistic world. The article entitled "Urban pressures and problems collaborate to isolation"²⁵ was maintained because it integrates the report with the title "Absenteeism caused by mental illness skyrockets in the country"²⁶. We counted twelve subjects, eight of them related to risk culture, which constitute the *corpus* researched.

The article entitled "Urban pressures and problems collaborate to isolation"²⁶ stresses that the "daily life of large cities causes people to be stressed"²⁶. The text cites the factors that cause mental illness: "competitiveness among companies"; "social responsibilities, personal problems, family problems, social problems, the chaotic traffic of large cities and urban violence."²⁶. We observe, therefore, that life in a large city like São Paulo is under constant risk.

Journalism promotes the imaginary by alluding to a programmable future through statistics, probabilities, and research. Discoveries of genetic components linked to mental illness, environmental factors that can cause disease, risk groups, are

compounds that the individual is called to be accountable for. It creates fear and the need to act on something that is not yet installed, but it looms as a threat and creates an atmosphere

Through the emergence of risk, we can perceive the invasion of everyday life by science and technology, new articulation between media and science, and the media legitimizing itself by taking the place of the one who in society warns about the existence of risks and proposes the means to bypass them. We do not just try to aesthetize everyday life; we still experience the scientificization of our lives and deaths¹⁴. (p. 55)

The body becomes the object of investment and care. The corporal form concerns the quality of the management of the habits of the individual, the self-control, avoiding practices that could result in diseases. Journalism discloses medical knowledge and is configured as a moral instance, capable of interfering in our daily lives. As an imaginary technology, the device acts persuasively in order to regulate habits. In order to have emotional balance, it is necessary to make diets, physical exercises, to have quiet sleep, to restrict the smoke and the alcohol, among other prescriptions. The contemporary dietetics conveyed in the media has great emotional appeal, since it promises a healthier and prolonged life.

The postmodern imagery values body shape, linking it to values such as happiness and self-esteem. Individuals, autonomous and responsible for the conduct of their lives, have the burden of balancing themselves against the demands. The ideals of health and beauty merge into a set of practices that provide physical and mental wellbeing.

The imaginary disease mobilizes daily actions, reverberating in our most prosaic habits. Having health is almost a moral duty, a result of effective management of the body. Journalism enhances interest, curiosity, expectation and fear surrounding potential illness. “[...] Greater access to information and globalization contribute to the greater occurrence of mental illness”; “Experts point out that workers now have access to more information about mental disorders and their causes”²⁶. Journalism puts in

circulation senses capable of inciting the accountability of the individual and the regulation of daily life.

The use of statistics and genomics lends credibility to claims and determines at-risk groups. Mental illness results not only from heredity, it also derives from environmental factors such as socioeconomic condition or certain productive activities that predispose to risks. The statistics circumscribe trends and discriminate pathological groups and populations that have a greater possibility of developing diseases. The text entitled "Absenteeism due to mental illness skyrockets in the country"²⁶ highlights the importance of presenting the risks through numbers, giving credibility and greater concreteness to what is affirmed. "The creation of the Technical Epidemiological Nexus, allowed to calculate the frequency of certain diseases by activity groups"²⁶.

The report entitled "Mental illness affects more to slum children" uses the same resource. "Among the slum dwellers, the possibility of mental disorders reaches 22%, compared to 12% between rural and urban middle classes"²⁷. Furthermore: "According to Souza, the risk of having a mental health problem is equal between children belonging to the highest income groups of the population"²⁷. Another section shows the risk group:

Bacy noted that although rural children have lower incomes than the middle class, the quality of life offered by rural life outweighs the economic difference and therefore reduces the probability of generating a child with mental problems²⁷.

We identified the imaginary disease in the subject entitled "Study of depression emphasizes the past". The text circumscribes risk groups vulnerable to depressive disorders or post-traumatic stress disorder due to the type of memory. "Studies with thousands of adolescents try to determine whether those with super-generalized memory are more likely to develop depression"²⁸. Another example: "And an unusual work suggests that super-generalized memory is a risk factor for post-traumatic stress disorder (PTSD)"²⁸. Journalism gives meaning to imaginary disease when it

addresses the heredity of pathology. "Another finding made by the researcher is that 30% of children whose parents have depression also have some type of mental disorder"²⁷.

The *Folha de S. Paulo* circumscribes imaginary or potential disease through data, research, statistics and projections. Such strategies give form to something that has not yet happened, it exists only in the sphere of the possible, but when subjected to the technique of journalism, it has consequences in the practical sphere. "[...] Journalistic production affects the way things are observed, creating a view of the world.[...]"²² (p. 106). The numbers impress because they indicate precision and seem to account for what is to come, creating a reality effect. Mathematical logic imposes itself on the unknown, intending to measure in a clear way, the nebulous threat.

The journalistic technique seeks to translate the truth, even if it is an aspiration and becomes part of the professional mythology.

The section shows the projection and determination of the risk group: "Among doctors, emotional disturbances also increase. From 10% to 15% of doctors will have symptoms of depression, as is calculated by Luiz Antonio Nogueira Martina, 57, Professor of Psychiatry at Unifesp[...]"²⁹ We identify this projection in the excerpt: "Depressive disorders are now the fourth leading cause of disability in the world. By 2020, they will be the second"³⁰. And moreover: "It is important for Brazil to use this type of study to prepare its health system for the future"³¹.

The following excerpt also uses the same resource to give credibility and make tangible the following statement: Recovery statistics are encouraging for anyone facing treatment [for alcoholism] until the end. Around 90% of them improve and 60% recover, according to a compilation of international data on the subject³².

The same story highlights the risk of alcoholism: "The sooner you choose one, the better. There is more chance that the damage of the drink on the body will be reversed "³².

Another sense of imaginary disease, beyond probabilities, is the generalization effect. The titles of the subjects refer to particular cases that end up extending to all situations. We identified the resource in the title: "Mental illness affects more to slum

children"²⁷. From the assertion, we have the impression that the greatest incidence of mental illness would occur in children in the slums in general. However, the study restricted itself to analyzing only a specific group served in the public health service.

The title of the article "Motivation prevents relapse in alcoholism"³² generalizes the effect of extending the study in 150 patients. The body of matter has the same effect. Besides the research being restricted to a group, the matter itself states that statistics on the recovery of alcoholic beverages are insufficient in Brazil.

At the Federal University of São Paulo, psychiatrist Margarete Oliveira has just defended a doctoral thesis confirming that a particular type of therapy makes a difference in patient recovery. This doubles the chances of avoiding a relapse³².

The data quoted in the stories seem to give the dimension of suffering. Although there are few studies on the incidence of mental illnesses in the world and in Brazil, the samples are fragments of reality extended to other groups, disregarding the characteristics of the different societies. There is a tendency on the science to generalize the data from a few studies. Journalism amplifies research, using techniques capable of creating the effect of generalization and the effect of reality and aiming to reach as many readers as possible.

The journalistic technique seeks to move away from the illogical and irrational mindset and seeks to convince the reader with accurate and scientific data, even if the reality is complex and paradoxical. Numbers seem to translate social reality, tend to impose themselves as truth, and reaffirm control and dominion over nature, a characteristic of the modern heritage. The journalistic technique reinforces the omnipotent character of knowledge and seeks to impact the reader by generalizing statements that refer to specific studies.

Journalism acts as an instrument for objectifying reality and creating mediations between the individual and the real. The device is based on techniques that aim to give transparency to the representative and symbolic functions of a discourse, giving it credibility. In this epistemological gap, the "technology of the imaginary" creates

ambience and mobilize instances that surpass the rational.

Final considerations

The border of what is considered normal is getting more and more narrow in postmodernity. Medicine promotes the pathologization of the social, classifying the diversity of behaviors as sick. The abnormality spreads in society being described, calculable and measurable, manifesting itself in the behavior and intensity of action. In other words, suffering is technicized, medicalized and mediatized. The phenomenon is circumscribed in the field of sciences, especially medicine, and then become news. Journalism enables people to have easy access to information about mental illness and to manage their lives.

The discourse of *Folha de S. Paulo* is characteristic of the postmodern environment in which the media tends to play the role previously restricted to medicine. The device warns of risks and recommends daily management, operating as a moral instance; demarcates desirable behaviors and condemns others. Journalistic discourse calls on individuals to take responsibility for their own health. Control of everyday habits is instilled, relegating the deviations to the mismanagement of oneself.

The examples illustrate the remnants of modernity that seek to translate nature according to mechanistic, logical and clear scientific models. Journalism tends to express the instrumental and utilitarian view of the domineering and effective man. Mental illness has something impalpable that needs to be translated into numbers, characters, and projections capable of engaging the reader.

Imaginary disease is a construct resulting from journalistic technique. The narrative translates the hazy threat into arguments and scientific data that claim to represent reality. The emphasis on the probability of developing a particular disease, the evidence of risk groups and the generalization effect coming from the data compose the strategies of the discourse to give shape to phenomenon that exist only in the sphere of the possible. From the circumscription of the potential threat, emerges the belief in a programmable future, and the imaginary disease begins to act in the

practical sphere.

The journalistic device is a technology of the imaginary because it mobilizes beliefs, values and emotions and creates an atmosphere. The mediatic appeal introduces a kind of "pathological ambience", due to the risk of getting sick. Journalism transcends the rational sphere and promotes an imaginary that evidences health as an ideal to be pursued; and disease, an evil to be avoided through habit management.

References

1. Maffesoli M. O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa. 4a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2006.
2. Lyotard JF. A condição pós-moderna. 14a ed. Rio de Janeiro: José Olympio; 2011.
3. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
4. Basaglia F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico. 3a ed. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
5. Amarante P. Reforma psiquiátrica e epistemologia. Cad Bras Saude Mental [Internet]. 2009 [citado 07 Mai 2017]; 1(1):1-7. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>.
6. Dunker CL, Kyrillos Neto F. A crítica psicanalítica do DSM-IV – breve história do casamento psicopatológico entre psicanálise e psiquiatria. Rev Latinoam Psicopatol Fundam. 2011; 14(4):611-26.
7. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim de Farmacoepidemiologia. 2011; 2(1):1-8.
8. Birman J. O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2012.
9. Maffesoli M. O imaginário é uma realidade. Famecos. 2001; 8(15):74-82.
10. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Lisboa: OMS; 2001.
11. Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo [Internet]. Organização Mundial de Saúde. São Paulo Megacity Mental Health Survey. 2012 [citado 15 Abr 2014]. Disponível em: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0031879&representation=PDF>.
12. Dunker CL. Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros. São Paulo: Boitempo; 2015.

13. Czeresnia D, Maciel EMGS, Oviedo RAM. Os sentidos da saúde e da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016.
14. Vaz P. Consumo e risco: mídia e experiência do corpo na atualidade. *Comunic Midia Consumo*. 2006; 3(6):37-61.
15. Lipovetsky G. Da leveza: rumo a uma civilização sem peso. Barueri, SP: Manole; 2016.
16. Birman J. Muitas felicidades?! O imperativo de ser feliz na contemporaneidade. In: Freire JF, organizador. *Ser feliz hoje: reflexões sobre o imperativo da felicidade*. Rio de Janeiro: FGV; 2010. p. 27-47.
17. Medina C, Greco M, organizadores. *Saber plural: o discurso fragmentalista da ciência e a crise de paradigmas*. São Paulo: ECA, USP; 1994.
18. Traquina N, organizador. *Jornalismo: questões, teorias e "estórias"*. Florianópolis: Insular; 2016.
19. Botton A. *Notícias: manual do usuário*. Rio de Janeiro: Intrínseca; 2015.
20. Maffesoli M. *A conquista do presente*. Natal: Argos; 2001.
21. Barros ATMP. *Sob o nome de real: imaginário no jornalismo e no cotidiano*. Porto Alegre: Armazém Digital; 2007.
22. Silva JM. *Tecnologias do imaginário*. 3a ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.
23. Mendes PMC, Melo CV. A ideia de saúde imaginária no reality show de reprogramação corporal, uma análise de medida certa e além do peso [Internet]. In: *Anais do 25º Encontro Anual da Compós*; 2016; Goiânia; 2016 [citado 15 Jul 2016]. Disponível em: http://www.compos.org.br/biblioteca/comp%C3%B3s2016comautoria_3391.pdf
24. Associação Nacional de Jornais [Internet]. Brasília; 2015 [citado: 03 Jun 2016]. Disponível em: <http://www.anj.org.br/maiores-jornais-do-brasil/>.
25. Cézari M. Pressões e problemas urbanos colaboram para afastamento. *Folha de S. Paulo*. 25 Nov 2011. Mercado: B7.
26. Fraga E, Borlina VF. Afastamentos por doenças mentais disparam no país. *Folha de S. Paulo*. 25 Nov 2011. Mercado: B6.
27. Medeiros R. Doença mental afeta mais criança favelada. *Folha de S. Paulo*. 11 Mar 2001. Cotidiano: C1.
28. Gee A. Estudo da depressão enfatiza o passado. *Folha de S. Paulo*. 18 Jul 2011. New York Times: P6.
29. Yuri D. Médicos são mais suscetíveis a distúrbios e depressão. *Folha de S. Paulo*. 18 Nov 2001. Cotidiano: C10.
30. Biancarelli A. Depressão é 4ª causa de incapacitação. *Folha de S. Paulo*. 12 Dez 2001. Campinas: C5.
31. Pinho A. Doenças psiquiátricas roubam mais anos de vida do brasileiro. 10 Mai 2011. *Saúde*: C12.

32. Stringueto K. Motivação evita recaída no alcoolismo. 04 Fev 2001. Cotidiano: C10.

Transleted by Felix Rígoli

Mães Waldorf:

gestação e parto na comunidade antroposófica

Raquel Littério de Bastos^(a)
Pedro Paulo Gomes Pereira^(b)

Bastos RL, Pereira PPG. Waldorf mothers: pregnancy and birth in an anthroposophical community. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):505-16.

Recent research in the Social Sciences and Collective Health points to different forms in contemporary attitudes toward the act of giving birth. During a six-month period in 2013, we carried out an ethnographic study of anthroposophical healing in Demétria, a neighborhood in the city of Botucatu in Sao Paulo State, Brazil. In this paper we seek to draw reflections about the guidelines set out in Anthroposophy's romantic medicine as it applies to gestation and birth in a rural anthroposophical community and to the relationships established with biomedicine and with health services. Contact with mothers and pregnant women showed there to be an emotional grammar through which these women seek out physical purification and control of their bodies, as well as a religious silence when it comes to facing the pains of giving birth, as a form of showing courage. When they seek to access health services, expectations about the birth are found to be distant from the practices and conceptions of conventional medicine.

Keywords: Pain. Birth. Anthroposophy. Ethnography.

As recentes pesquisas em Ciências Sociais e Saúde Coletiva apontam para diferentes contornos sobre o ato de parir na contemporaneidade. Em 2013, por seis meses, realizamos uma etnografia sobre a cura na Antroposofia no bairro rural da Demétria, em Botucatu, São Paulo. Neste artigo, buscamos refletir sobre as orientações da medicina romântica da Antroposofia destinadas à gestação e ao parto em uma comunidade rural antroposófica e as relações estabelecidas com a biomedicina e com serviços de saúde. O contato com as mães e gestantes mostrou a existência de uma gramática emocional na qual a gestante é levada a buscar purificação e controle corporal, além de um silêncio religioso na hora de enfrentar as dores do parto como demonstração de coragem. Quando buscam acessar serviços de saúde, as expectativas sobre o parto se colocam distantes das práticas e concepções da medicina convencional.

Palavras-chave: Dor. Parto. Antroposofia. Etnografia.

^(a) Faculdade Fecaf. Av. Vida Nova, 166, Jardim Maria Rosa. Taboão da Serra, SP, Brasil. 06764-045. raquelbastos@yahoo.com

^(b) Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. pedropaulopereira@gmail.com

Introdução

O ato de parir passou a ser investigado no Brasil com mais intensidade na década de 1990, a partir das discussões sobre o parto humanizado. Atualmente, há um campo de pesquisa articulado entre as Ciências Sociais e a área da saúde para estudar as novas formas de parto na contemporaneidade. De acordo com o levantamento dos recentes estudos publicado no Brasil, as pesquisas apontam para diferentes contornos sobre o parto¹, havendo estudos que investigam a ideia de parto orgástico²; a Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna)³ e sua relação com grupos ecológicos⁴; os inventários sobre os modos e as narrativas de nascer na atualidade⁵; as redes de mulheres para o parto^{6,7}; e o sofrimento no parto⁸.

A medicina antroposófica compartilha do ideário do parto natural e sugere às mulheres formas peculiares de como se comportar na hora da concepção, da gestação e do parto. A Antroposofia é uma ciência espiritual, elaborada pelo pedagogo e esotérico Rudolf Steiner e fundada na Suíça no século XIX. Steiner, inspirado nos aspectos do romantismo alemão, desenvolveu um sistema terapêutico integrando terapias e medicina romântica, aceitas atualmente no Sistema Único de Saúde (SUS) como uma racionalidade médica⁹.

As publicações sobre as práticas de saúde na Antroposofia, nos últimos cinco anos, apresentam um contingente maior de pesquisas internacionais desenvolvidas na Alemanha, Suécia e Suíça, destinadas ao estudo dos efeitos da medicação antroposófica nos tratamentos das crianças com doenças infantis¹⁰; da prevalência de doenças infantis em decorrência do estilo de vida antroposófico^{11,12}; e da formação médica antroposófica na Europa^{13,14} e no Brasil¹⁵. Há também estudos descrevendo as indicações do medicamento antroposófico Bryophyllum nos casos de gestantes acometidas de medo e ansiedade em relação ao desfecho do parto natural¹⁶ e na qualidade do sono dessas mulheres¹⁷.

A literatura específica sobre o parto na Antroposofia é restrita. O único estudo realizado no Brasil¹⁸ aborda os serviços de assistência ao parto de uma ONG antroposófica, a Associação Comunitária Monte Azul (Acoma), e a oferta de atenção ambulatorial ao parto, fora do hospital, a mulheres de outras camadas sociais (sendo, em 2001, o único serviço dessa natureza em São Paulo). Sobre as experiências do parto natural em grupos ecorreligiosos antroposóficos, não há publicações. Reconhecendo essa lacuna, o objetivo deste artigo é descrever as concepções sobre a gestação e o parto na Antroposofia e as relações estabelecidas com a biomedicina. Por biomedicina compreendemos o conjunto das representações e práticas que tem primazia no tratamento dos processos de saúde e doença, com priorização da ordem biológica¹⁹ de forma normativa e geralmente distante dos “novos sentidos da saúde”²⁰ produzidos em outras racionalidades médicas.

A Antroposofia surge no Brasil na década de 1930, mas somente em 1960 se estabelecem os primeiros serviços destinados aos Ramos – representação oficial do local da Sociedade Antroposófica. Em volta dos Ramos, foram estruturados os primeiros serviços de saúde destinados aos antropósofos europeus, pais e filhos das escolas Waldorf e brasileiros simpatizantes. Foram inauguradas, por exemplo, a primeira clínica antroposófica, a Clínica Tobias, no Ramo Tobias, no bairro de Santo Amaro, na cidade de São Paulo; e a comunidade do bairro rural da Demétria, voltada, a princípio, para o cultivo orgânico e biodinâmico, no Ramo Jatobá, no interior do Estado, cidade de Botucatu.

Este artigo reflete sobre as experiências da gestação e do parto das mães da comunidade da Demétria e os desafios enfrentados em relação aos procedimentos obstétricos impostos pela biomedicina, no hospital da Universidade Estadual Paulista (Unesp) de Botucatu. A comunidade da Demétria é composta em sua grande maioria por famílias da classe média e classe média alta. A comunidade conta hoje com aproximadamente 65 membros da Sociedade Antroposófica no Brasil, além de uma população intermitente, com aproximadamente oitocentos moradores²¹ no bairro.

Nesse grupo, as mulheres são a maioria, apresentando um percentual acima dos 75% dos habitantes. Um traço característico das mulheres da Demétria é a ausência de uma parceria masculina constante. Elas vivem sozinhas, por vezes porque são idosas, viúvas ou separadas de seus companheiros por opção, ou porque aguardam, com seus filhos, a volta dos companheiros

^(c) A expressão “Mãe Waldorf” é habitualmente usada para nomear as mães que têm seus filhos cursando escolas antroposóficas Waldorf, independentemente do grau de adesão à Antroposofia. No artigo, utiliza-se a expressão de forma mais ampliada, referindo-se a todas as mães que tiveram seus filhos segundo as orientações antroposóficas e os educam nas escolas Waldorf.

que trabalham na capital paulista. Mas elas não estão isoladas: há uma rede de colaboração entre as chamadas “Mães Waldorf”^(c), que promove apoio e interação. A maioria dessas mães desenvolve atividades profissionais e possui curso superior, sendo algumas pós-graduadas em suas áreas de formação. Em decorrência da localização rural, há um número significativo de Mães Waldorf formadas em engenharia agrônômica e florestal, mas há também psicólogas, nutricionistas e dentistas, além das mães com formação antroposófica, tais como as professoras Waldorf, euritmistas e terapeutas.

Há uma frase muitas vezes dita em tons jocosos, mas que expressa bem o pensamento da comunidade sobre o devir das mulheres que lá habitam: “Quem bebe a água da Demétria engravidada com certeza”. Essa sentença, infinitamente repetida, dá vida ao mito da Deméter (Demétria), deusa da fecundidade, arquétipo da mulher-mãe que gosta de estar grávida, de amamentar e de cuidar de crianças.

Metodologia

O estudo sobre as orientações antroposóficas para a gestação e o parto das mulheres do bairro da Demétria apresentadas neste artigo faz parte de uma pesquisa maior intitulada “Corpo e Saúde na Antroposofia: *Bildung* como cura”, tendo um campo de investigação sobre a concepção de cura na Antroposofia, composto pelas duas organizações antroposóficas instaladas na América Latina, especificamente no Brasil, pioneiras fora da Europa: a Clínica Tobias (São Paulo-capital) no Ramo Tobias, situado no bairro de Santo Amaro; e o bairro Demétria (Botucatu, interior de São Paulo) no Ramo Jatobá, no período de 2012 a 2016.

A pesquisa adotou uma metodologia qualitativa, realizando-se por meio de uma etnografia, adotando procedimentos de observação participante, entrevistas em profundidade e acompanhamento da vida cotidiana das interlocutoras. A opção pela investigação etnográfica deveu-se, em parte, por sua relevância e atualidade nas pesquisas em saúde²². O antropólogo Clifford Geertz²³ argumentou que a etnografia não é definida pelas técnicas que emprega, como observação participante e entrevistas, mas por um tipo particular de esforço intelectual que ele descreve como uma “descrição densa”. Esta descrição, tipicamente obtida por meio da imersão na vida diária do grupo pesquisado, focaliza-se nos detalhes e informações subjacentes, almejando explicar modos de vida e descrevendo padrões de significado que informam suas ações, assim como os tornam acessíveis.

Para realizar a etnografia, em 2012, um dos autores participou das terapias da Clínica Tobias, no Ramo Tobias, depois foi morar no bairro da Demétria no ano de 2013, frequentando os grupos de estudo das obras de Rudolf Steiner, realizados no Ramo Jatobá e na Comunidade de Cristão, e participou intensamente da rotina da comunidade. No ano seguinte, em 2014, morou em Vevey na Suíça, onde estudou o Ramo Rosa Cruz. No decorrer da etnografia, acabou se aproximando das mulheres e de seus dilemas em relação ao parto. Acompanhou os debates e notou a centralidade do parto nas experiências das interlocutoras. As mulheres mais idosas relataram seus partos realizados nas residências e também na Clínica Tobias, nas décadas de 1980 e 1990, e as mais jovens descreveram suas expectativas e frustrações na busca por um parto natural, realizados no hospital universitário da Unesp de Botucatu, a partir do ano de 2005 até os dias atuais.

Resultados

Nos episódios de gestação e parto relatados pelas interlocutoras na Demétria, há uma busca por um equilíbrio emocional e controle corporal. Esse equilíbrio funciona como formação e construção permanente do “caráter materno”, articulando aspectos emocionais, corporais e espirituais. A busca é a da construção de uma gramática emocional, estabelecendo condutas para a expressão dos sentimentos²⁴ como a dor e o sofrimento, condicionando-os a uma atitude de “coragem e a dignidade” frente aos desafios da maternidade. Para evidenciar essa busca, expõe-se nesta parte dos resultados as principais narrativas dessas mães, salientando as principais orientações antroposóficas e os conflitos ao resistirem a procedimentos biomédicos (na sua maioria, hospitalocêntricos) destinados ao parto.

De acordo com as orientações antroposóficas, quando a mãe suporta conscientemente as dores do parto, ela ajuda a criança a cumprir seu desenvolvimento. Para isso, a Antroposofia destaca a importância em diferenciar a dor como sensação física da dor como sofrimento imbuído de emoção. A sensação física da dor deveria ser acompanhada de alegria, apesar do sofrimento. De acordo com o site da Weleda^(d), se ocorrer o grito da mãe, então que seja como um instrumento de conquista: um grito de luta²⁶ (p. 159). Gritar de dor, fora deste contexto prescrito, é desaconselhado para o momento da concepção. Ao evitar a dor do parto, a mãe estaria desperdiçando uma oportunidade de superação física e espiritual, importante em sua “formação moral de mãe”.

É importante mencionar que a Antroposofia não é contra a anestesia no caso de dor extrema, apesar da orientação para a não utilização de qualquer tipo de droga para não afetar a criança e a consciência da parturiente, e adverte que não deve haver um esforço além do suportável, para que a dor “não prejudique a conexão da mãe com o processo de nascimento”²⁶ (p. 160), sendo que cada caso deve ser observado individualmente. No entanto, há uma expectativa durante o parto de que a mulher faça “um silêncio religioso”²⁶ (p. 160), somente interrompido pelo choro do bebê. Para os antropósofos, “um choro suave e delicado nos mostra que o trauma do nascimento foi amenizado”²⁶ (p. 160). O parto domiciliar é considerado o mais apropriado à gestante, pois favorece um ambiente de intimidade, adequado para atingir o desejado controle corporal e emocional. Para isso é necessário aprender e praticar uma “técnica do corporal”²⁷ do nascimento, executada pela mãe e por quem auxilia o parto.

Na busca desse controle corporal e emocional, havia uma interlocutora, Camélia, uma jovem mãe de origem judaica, que concebeu seu primeiro filho logo após se mudar para Demétria. Assim como as outras entrevistadas, pediu que o seu nome fosse ocultado para expor mais tranquilamente a sua experiência de maternidade na comunidade antroposófica. Segundo Camélia, ela estava bem envolvida com a Antroposofia quando resolveu ter seu primeiro filho. Hoje, um pouco mais distante do ocorrido, diz entender que, na época, foi fundo demais nas orientações, mas que não se arrepende, afinal, o resultado foi positivo: seu filho era uma criança saudável e era esse seu objetivo maior. Camélia considerava ter tido êxito no parto porque só escutou o choro da criança depois de três dias após o nascimento, ou seja, a criança havia nascido sem o trauma do procedimento hospitalar. Para isso, ela foi orientada pela Antroposofia a meditar para trazer ao mundo alguém relevante para a humanidade.

Havia uma prática de você desejar que viesse uma pessoa especial, que fizesse uma diferença para a humanidade. Na meditação eu pedia que

^(d) Zekhry N. Gestação e parto na Antroposofia. Site Weleda [Internet], 2014. Infelizmente esse conteúdo foi retirado do site, na fase final da edição deste artigo. A referência foi substituída pela tese “Corpo e Saúde na Antroposofia: *Bildung* como cura”²⁵.

viesses alguém especial, porque eu achei o certo para fazer naquela hora. Era um trabalho de meditação da maior responsabilidade. Eu nunca contei isso para ninguém, mas eu mentalizei durante o ato sexual, eu mentalizei! (Camélia)

Para Steiner, a mulher que vivencia com consciência a chegada de seu filho tem a oportunidade de desenvolver a coragem para as tarefas que virão como mãe. A coragem estaria primeiro em “esperar o início do trabalho de parto, de experimentar a próxima contração, de ajudar o filho a nascer, crescer”²⁶ (p. 161), para mais tarde desenvolver-se e ser livre e pleno. Para as interlocutoras, a tarefa de gestar e parir é um ato de coragem, comprometido com uma moral cristã complexa que perpassa todas as orientações antroposóficas. A definição de coragem, por exemplo, está apoiada na missão contemporânea do Arcanjo Micael, que foi enviado por Cristo para acompanhar e dar força ao desenvolvimento correto da humanidade. A sua representação é de um arcanjo vestido de soldado que controla com os pés e uma espada os movimentos de um dragão subjogado, porém vivo.

Na Antroposofia, o impulso da coragem é a maior qualidade moral que um humano pode desenvolver, responsável pela evolução e amadurecimento por meio das experiências da vida. O parto é visto como uma dessas experiências; enfrentá-lo com coragem e dignidade forjaria uma armadura para enfrentar as turbulências da maternidade. A coragem seria uma força interna além da consciência para dominar os “dragões” da vaidade, do egoísmo, do medo, da ganância e do orgulho. Os dragões seriam a representação de tudo aquilo que nos prende ao mundo material, levando a uma preocupação exagerada e fazendo com que esqueçamos da nossa essência. Para isso, não é necessário matar o dragão, mas enfrentá-lo com controle e equilíbrio para dominar as forças do mal que ele representa. O ferro que corre no sangue é compreendido como uma extensão da espada de Micael, que confere a coragem necessária para viver.

Em outro relato, identificamos esse ideal de coragem associado ao parto natural visto como uma missão espiritual desta mãe, que ora estimulava essas gestantes a um parto heroico, ora gerava uma profunda ansiedade com a expectativa do próprio desempenho. Nas conversas com as mães mais jovens, observamos uma atitude de competição entre as narrativas sobre a autossuperação na hora do parto. Nessas histórias, quase sempre contadas nas rodas femininas que se formavam nos espaços entre as compras das feiras de alimentos orgânicos e na espera dos seus filhos na escola, media-se a coragem daquela mulher em se tornar mãe em condições adversas sem perder a serenidade difundida pela orientação antroposófica.

Esse comportamento competitivo, observado apenas entre as Mães Waldorf mais jovens, merece a elaboração de algumas hipóteses para indagar, por exemplo, possíveis modificações na *performance* das gestantes antroposóficas. A primeira hipótese está na possibilidade de que essas jovens tenham uma leitura mais rígida das orientações originais da Antroposofia para o parto, e essa leitura seria estimulada pelo desejo de atingir uma distinção espiritual no grupo social, alimentando a competitividade, que não necessariamente seria impulsionada pela comunidade, uma vez que os relatos de parto entre jovens e idosas apresentam contrastes sobre os enfrentamentos da dor. A segunda hipótese é complementar à primeira e abre para uma indagação sobre as questões geracionais na Antroposofia, inaugurando uma possibilidade de compreender a leitura das orientações antroposóficas dessas mães jovens, não exatamente como rígida, mas como o resultado de um cenário sociopolítico e cultural distinto das primeiras gerações de Mães Waldorf, que precisa ser mais bem descrito e analisado. Pretendemos explorar esse aspecto em outros artigos.

Assim, Violeta, uma jovem senhora de quarenta anos e mãe experiente em partos domiciliares, fez questão de explicar os sacrifícios necessários para realizar um parto normal. Com uma personalidade bastante forte, Violeta ostentava o resultado positivo da gestação ao afirmar que o filho – nascido há dez anos, quando começou sua vida profissional e pessoal na Demétria – havia nascido uma criança saudável:

Eu sou a favor de não tomar anestesia para não atrapalhar o neném. Eu ficava pensando em tudo que a anestesia podia fazer no neném. Eu estava preocupada como o neném iria receber essas informações que eu não queria que ele recebesse. É uma coisa muito louca, porque você quer um ser purinho. Eu

parei de comer chocolate, tomar café, de fumar maconha, tudo antes de engravidar, meses antes. Parei com os hormônios anos antes de engravidar. (Violeta)

Violeta enaltecia os seus feitos, desafiando de forma simbólica as outras mães mais jovens ou ainda grávidas a suportarem uma adversidade maior do que a sua. Em sua narrativa, parir em um hospital era considerado pouco ousado perto da adversidade de precisar parir em um banco de uma caminhonete em uma estrada de terra, sem qualquer assistência médica. Violeta acreditava que isso sim era uma demonstração de coragem, um feito digno de elevar o *status* na comunidade. As demais mães que presenciavam as narrativas se sentiam, em parte, entusiasmadas com o exemplo e, em parte, instadas a um desempenho similar.

Na narrativa de Dália, uma simpática euritmista da escola Waldorf, que aos 23 anos gestava o seu primeiro filho na Demétria, foi possível perceber que esse desafio no desempenho das técnicas corporais do parto e na adequada manifestação dos sentimentos gerava angústia e mesmo competição velada entre as mães mais jovens da comunidade. Em nossas conversas, Dália demonstrava essa ansiedade com a hora do parto. Preocupada, arrumando os cabelos com os dedos de forma nervosa, contou seu receio de não conseguir atingir o grau de coragem exigido e, assim, demonstrar um tipo de fraqueza que a colocasse à margem na comunidade da Demétria. Ela ouvia das mães mais experientes que, para atingir esse ideal de coragem, era necessário ir além do suportável fisicamente. Após o parto, Dália questionou sua insegurança e a expectativa exagerada que alimentou para demonstrar coragem no parto normal.

Eu achava que ia ser menos corajosa, que ia ser menos firme se eu não tivesse essa coragem de ter o parto normal. Só que eu levei isso muito ao extremo, eu tinha essa fixação de que fosse o mais "natureba" possível, mais impecável possível, sabe? Que fosse vencer uma etapa no nosso purgatório, uma coisa assim, que a gente tem que vencer. Tem que passar, tem que conseguir por que é o certo. (Dália)

Esse ir além do suportável fisicamente também aparece nas conversas informais. Havia uma grande preocupação das mulheres em não reclamar das dores do parto, em "aguentar sem fazer escândalos", em sentir a dor, mas não parecer sofrê-la. Apesar dessa disposição das mães, os relatos eram da dor do parto como algo "animalesco". As Mães Waldorf com quem conversamos foram unânimes em dizer que tentaram bravamente controlar a dor e os gritos para não atrapalharem o momento espiritual da concepção, apesar do claro descontrole corporal, expresso nas falas constrangidas sobre terem defecado durante o parto, em decorrência do extremo esforço. As gestantes que não conseguiram realizar o parto normal e domiciliar lamentavam e se entristeciam ainda mais por terem fracassado ao cumprir a sua "missão materna" como haviam planejado.

Magnólia, aparentando por volta de quarenta anos, intensa nas opiniões, moradora da Demétria há mais de dez anos e mãe de dois filhos, assumiu que sentiu fortes dores no parto e, apesar de não ter tomado anestesia, descreveu o momento como sendo muito complicado, principalmente se o parto é realizado no hospital, pois o desejo e o direito da gestante em conduzir o parto de forma íntima, no hospital, é desrespeitado pelos médicos e enfermeiras. Magnólia relatou que seu parto foi acompanhado por 15 pessoas desconhecidas e que não tinham nenhuma função direta no procedimento. Para fazer prevalecer os direitos de paciente, ela procurou antecipadamente um médico que respeitasse a sua orientação antroposófica. O objetivo era evitar intervenções desnecessárias e que o médico a ajudasse a conter os abusos profissionais, principalmente em relação à intervenção medicamentosa. Mesmo assim, não conseguiu evitar o que considerou uma violência²⁸ durante o parto.

Eu procurei uma médica mais experiente, que já havia realizado partos em casa, e que me apoiasse na recusa das intervenções de praxe no parto hospitalar. Na consulta, ela me apoiou na decisão do parto normal, mas não no parto domiciliar. Depois, eu pedi também à pediatra para que não houvesse intervenções, como a prática de pingar um colírio para evitar a cegueira na criança em caso de sífilis e o

banho que retira o cerume protetor da criança, e mesmo assim não consegui escapar das intervenções. A hora do parto foi horrível, havia por volta de 15 pessoas desconhecidas acompanhando o parto, eu me revoltei, gritei e questioneei a presença de tanta gente olhando. Foi quando a médica alegou que era tudo “em nome da eficiência”. (Magnólia)

A experiência do parto hospitalar é descrita como traumática entre as gestantes da Demétria. Mesmo com alto nível de escolaridade e conhecimento dos seus direitos sociais, essas mulheres da Demétria são atropeladas pelas normas e procedimentos biomédicos, que desconsideram suas escolhas e práticas alternativas de saúde. Os procedimentos hospitalares, mesmo quando previamente combinados com as gestantes, não são respeitados. Em hospitais-escolas, como é o caso do Hospital das Clínicas da Unesp de Botucatu, ocorre a violência da “vagina-escola”²⁹: há uma preocupação com o que consideram “parto humanizado”, mas sem atentar e respeitar os direitos das mulheres. Os profissionais de saúde do hospital parecem não ter uma compreensão mais refinada sobre o que significa a preparação corpórea e espiritual de um parto em outra racionalidade médica. Para as mulheres da Demétria, conforme vai ocorrendo a metamorfose corpórea da gestante, mediante dietas e mudança de hábitos, sobrevém também uma transformação interna espiritual, guiada pela busca da coragem para o parto perfeito.

Essa relação entre a transformação corpórea e a espiritual está expressa nas explicações dos medicamentos antroposóficos Weleda²⁶, sobre o ponto de vista da medicina antroposófica e o episódio da gestação na vida das mulheres. Os sintomas da gestação, por exemplo, são considerados sinais de uma experiência suprassensível, pois a mulher, ao “carregar em seu interior um ser cósmico, se afasta do mundo material, ocasionando eventos como pressão baixa, falta de concentração e sono excessivo”²⁶ (p. 161). A orientação para um parto sem anestesia, assim como a preparação do corpo para conceber o que é chamado de “um ser purinho”, faz parte de um contexto maior, em consonância com a cosmologia antroposófica.

As interlocutoras mais idosas, fundadoras da Demétria na década de 1970, contaram sobre os seus partos, inclusive os realizados no passado, na Clínica Tobias. Foi surpreendente ouvir de uma das interlocutoras as críticas sobre a demora dos obstetras da Clínica Tobias em solucionar os partos mais complicados, estendendo o sofrimento do parto. A princípio, consideramos a informação antagonônica, mas compreendemos, no decorrer da pesquisa, que não se tratava de desejar a dor e o sofrimento como forma de redenção, mas de enfrentá-los com bravura, construindo uma estética do parto, tornando-o belo.

A clínica, na sua primeira década de funcionamento, realizou vários partos, com rituais distintos dos procedimentos hospitalares. O trabalho de parto se iniciava em um banho para a gestante. Na banheira, eram colocados óleos de lavanda ou de arnica com bétula para amenizar as dores e aquecer a mãe e, assim, facilitar o desfecho. Água e outros alimentos leves – como chá com torradas, picolé e água de coco – eram ingeridos durante o trabalho de parto, caso esse se estendesse por muitas horas. Sobre a gestante eram sobrepostos vários véus coloridos, que iam sendo retirados, um após o outro, conforme ia acontecendo o nascimento da criança. Todo ritual acontecia em um clima de intimidade e sem a utilização de medicamentos alopáticos.

Distantes da Clínica Tobias, os moradores da Demétria precisaram estabelecer uma relação amistosa com a maternidade da Unesp de Botucatu, com a intenção de amenizar o impacto do parto realizado no hospital, estabelecendo-se uma relação de cordialidade entre os médicos da comunidade da Demétria e os médicos do hospital da Unesp de Botucatu. Um acordo de cavalheiros, principalmente para que eles não se recusassem em atender as emergências, no caso dos partos domiciliares que não ocorressem como o previsto. No entanto, o aumento no número de partos de urgência fez com que uma parte dos médicos da Unesp se posicionasse contra o atendimento emergencial para partos iniciados no domicílio, pois compreendia a prática como risco de vida. Para inibir essa prática, o hospital da Unesp passou a vincular o atendimento de urgência às mães que tivessem feito o pré-natal na instituição ou a gravidez de alto risco, diminuindo significativamente as tentativas de parto domiciliar na Demétria.

Discussão dos resultados

A medicina antroposófica não se opõe à biomedicina. Em seu discurso, assume uma postura de conciliação ao se posicionar como ampliadora da biomedicina. Esse caráter conciliador favorece o diálogo entre as duas racionalidades médicas, garantindo à medicina antroposófica um espaço estratégico nas instituições de ensino da biomedicina e no campo da saúde. Para que essa logística funcione, sendo favorável à expansão das práticas de saúde antroposóficas na sociedade brasileira, os aspectos esotéricos de sua cosmologia evolutiva não são enunciados aos consumidores não “iniciados” na Antroposofia – entendendo a expressão “iniciados” como os pacientes sem conhecimento prévio e que não demonstrem interesse em saber mais sobre os aspectos espirituais. Segundo os médicos antroposóficos, a atitude pretende evitar um juízo de valores precipitado por parte do paciente e qualquer tipo de imposição filosófica.

Na cosmologia antroposófica, a dor e o sofrimento do parto, por exemplo, são considerados benéficos se compreendidos e enfrentados com coragem, essenciais à evolução espiritual da mãe e do filho. A mulher que sente as dores do parto tornar-se-ia protagonista do nascimento do seu filho, evitando intervenções biomédicas, tanto quanto o possível. A dor, no entanto, não é bem aceita na sociedade da analgesia³⁰, uma vez que a biomedicina alimenta uma expectativa de controle e eficácia para todos os males. Com o objetivo de diminuir a mortalidade infantil, o parto operatório é na biomedicina considerado o mais seguro, justificado como o mais apropriado, exercendo entre os profissionais de saúde um “fascínio cego pela tecnologia” e pela medicalização do trabalho de parto³¹, excluindo a ideia de uma ação fisiológica na qual a dor a acompanha. A dor é compreendida como algo a ser evitado. Não desejar a resolução imediata dessa dor é altamente desafiador ao modelo biomédico.

Para enfrentar o desafio da dor, as gestantes da Demétria seguem uma gramática emocional que enaltece a coragem no parto, revelando aspectos espirituais perturbadores às concepções biomédicas. Segundo as interlocutoras, a dor funciona como alavanca libertadora. As técnicas corporais e a expressão dos sentimentos no parto possibilitam um reforço à comunidade e a sensação de pertencimento ao grupo.

Diante das demandas das Mães Waldorf, há profissionais mais ou menos afetados pelas concepções da Antroposofia e há inclusive os que buscam ações negociadas. A professora, obstetra e ativista do parto humanizado Claudia Magalhães, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, por exemplo, acredita que ter uma anestesia à disposição sempre é bom, mas isso não significa que toda mulher em trabalho de parto deva ser anestesiada. É possível aliviar a dor com outros métodos não farmacológicos.

Segundo a obstetra, os profissionais de saúde respeitam o tempo necessário para que o parto ocorra naturalmente. O uso de fórceps é raro, assim como o uso de soro para a aceleração do parto, e procedimentos como a raspagem dos pelos da mulher foram banidos inteiramente. Para a obstetra, humanizar o parto convive com a polissemia de sentidos³² que o termo “humanização” construiu na contemporaneidade, necessitando conquistar espaço para além do respeito à escolha da anestesia. Nessa arena, os sentidos da humanização disputam e articulam no ato da concepção³³ espaço e legitimidade para o procedimento considerado mais adequado. A disputa é considerada fundamental para promover mudanças na prática e na postura obstétrica, que aceitem, por exemplo, a importância e a presença de doulas³⁴, independentemente da visão contrária de obstetras conservadores do hospital.

O modelo humanizado de parto não vê a intervenção e a tecnologia como sinônimos de segurança³⁵. Esse modelo de parto, originário do movimento contracultura, procura contrabalancear o humanismo e a tecnologia, focando a prevenção da morte como um resultado possível; “motivada pela compaixão”³⁶. Um outro modelo de parto, o holístico, focaria a pessoa como um todo,

respeitando sua filosofia de vida, trataria a parturiente como a protagonista do parto e utilizaria baixa tecnologia com alto contato, no qual a dor e a morte seriam vistas como uma etapa do processo³⁶.

As Mães Waldorf se encontram entre técnicas corporais e concepções sobre o parto e sobre a dor da medicina antroposófica (com seus dilemas e com maior ou menor adesão às indicações da Antroposofia) e as da biomedicina. Se há conflitos dentro do universo da comunidade da Demétria e diferenças no andamento dos partos (principalmente no manejo das técnicas corporais e nas formas de lidar com a dor), conflituosas também são as relações com a biomedicina, que, em um embate externo e interno, busca aderir às normas da Rede pela Humanização do Parto e do Nascimento (Rehuna). Nesta arena de disputas, as Mães Waldorf da comunidade da Demétria temem uma reação hostil dos profissionais de saúde diante da acusação de violência³¹ e por isso se submetem a práticas que elas não desejam e mesmo buscam evitar, apesar da melhoria no acolhimento do parto humanizado.

Considerações finais

A gramática emocional manifestada pelas mães da Demétria para a dor do parto é reveladora da intensa subjetividade que emerge da expressão "Mãe Waldorf". Essa expressão, edificada na complexa visão de mundo antroposófica, indica a gestação como um percurso virtuoso, envolto em uma moralidade que evoca a coragem materna para a busca estética do "belo parto"³⁷. Essa busca assume um caráter próximo ao religioso, no qual o controle corporal e emocional da dor no parto torna essas mães protagonistas do ato, em uma tarefa espiritual, como uma das etapas formadoras da dignidade do seu caráter.

Os conflitos existentes entre os profissionais de saúde sinalizam as dificuldades de compreensão de concepções de saúde e corpo distante da biomedicina. Ao violarem os acordos previamente estabelecidos entre os envolvidos, na expectativa de cumprirem os procedimentos "de forma eficaz", preterem as expectativas das mães, desconsiderando suas convicções. No espaço entre o que desejam as Mães Waldorf e as ações dos profissionais de saúde surge a violência. O conservadorismo na formação dos profissionais de ginecologia obstétrica é apontado como um dos aspectos negativos na construção ética dos futuros médicos, conduzindo-os a uma indiferença com o desconforto da gestante³⁸. O perigo é que, ao utilizarem essas situações de violência como espaço de formação, há a possibilidade de naturalizarem uma educação alimentada em práticas de relações assimétricas com outras racionalidades médicas, perpetuando um modelo de violação de direitos e de integridade física e moral das parturientes.

Colaboradores

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

Agradecimento

Agradecemos a colaboração da Professora Dra. Karina Pavão.

Referências

1. Carneiro RG. Em nome de um campo de pesquisa: antropologia (s) do parto no Brasil contemporâneo. *Vivência Rev Antropol* [Internet]. 2014 [citado 02 Abr 2014]; 1(44):11-22. Disponível em: <http://www.periodicos.ufrn.br/vivencia/article/view/7020>.
2. Ribeiro FB. Mas elas são de outro planeta?: sentidos do parto em questão [Internet]. 2010 [citado 23 Maio 2015]. Disponível em: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278285893_ARQUIVO_TextocompletoFBR-ST27.pdf.
3. Portella MO. A dor do parto no contexto da assistência obstétrica brasileira [Internet]. In: *Anais da 4ª REA/XIII ABANNE; 2013; Fortaleza. Fortaleza: UFC; 2013* [citado 20 Maio 2016]. Disponível em: <http://www.reaabanne2013.com.br/anais/edicao-Atual/>.
4. Tornquist CS. Parto e poder: o movimento pela humanização do parto no Brasil [tese]. Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
5. Muller E. A diversificação das narrativas sobre parto e nascimento como possibilidade de politização e incremento das experiências [Internet]. In: *Anais da 4ª REA/XIII ABANNE; 2013; Fortaleza. Fortaleza: UFC; 2013* [citado 20 Maio 2016]. Disponível em: <http://www.reaabanne2013.com.br/anais/edicao-Atual/>.
6. Pimentel C. (Des) hierarquizando os saberes: o protagonismo da mulher no parto [Internet]. In: *Anais da 4ª REA/XIII ABANNE; 2013; Fortaleza. Fortaleza: UFC; 2013* [citado 20 Maio 2016]. Disponível em: <http://www.reaabanne2013.com.br/anais/edicao-Atual/>.
7. Carneiro RG. Cenas de parto e políticas do corpo: uma etnografia de práticas femininas de parto humanizado [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2011.
8. Pulhez MM. Parem a violência obstétrica: a construção das noções de 'violência' e 'vítima' nas experiências de parto. *Rev Bras Sociol Emoção* [Internet]. 2013 [citado 23 Dez 2014]; 12(35):544-64. Disponível em: <http://www.cchla.ufpb.br/rbse/PulhezArt%20Copy.pdf>.
9. Luz MT, Wenceslau LD, Simoni C, Iracema B, Antonini CD, Vale MCC, et al. A medicina antroposófica como racionalidade médica e prática integral de cuidado a saúde. *Juiz de Fora: Ed da UFJF; 2014. v. 1, p. 196.*
10. Jong MC, Jong MU, Baars EW. Adverse drug reactions to anthroposophic and homeopathic solutions for injection: a systematic evaluation of German pharmacovigilance databases. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2012; 21(12):1295-301.
11. Hesla HM, Gutzeit C, Stenius F, Scheynius A, Dahl H, Linde A, et al. Herpesvirus infections and allergic sensitization in children of families with anthroposophic and non-anthroposophic lifestyle – the Aladdin birth cohort. *Pediatr Allergy Immunol.* 2013; 24(1):61-5.
12. Swartz J, Alm J, Theorell T, Lindblad F. Parental sense of coherence in the first 2 years of life is not related to parental and child diurnal cortisol rhythm or proxies of anthroposophic lifestyle. *Acta Paediatr.* 2013; 102(9):920-4.
13. Heusser P, Eberhard S, Weinzirl J, Orlow P, Berger B. Probleme in der integrativmedizinischen Weiterbildung von Ärzten an anthroposophischen Kliniken Deutschlands und der Schweiz. *Forsch Komplementmed.* 2014; 21(4):223-30.
14. Heusser P, Eberhard S, Berger B, Weinzirl J, Orlow P. The subjectively perceived quality of postgraduate medical training in integrative medicine within the public healthcare systems of Germany and Switzerland: the example of anthroposophic hospitals. *BMC Complement Altern Med.* 2014; 14:191.
15. Wenceslau LD, Röhr F, Tesser CD. Contribuições da medicina antroposófica a integralidade na educação médica: uma aproximação hermenêutica. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2014 [citado 28 Abr 2015]; 18(48):127-38. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n48/1807-5762-icse-18-48-0127.pdf>.

16. Simões-Wüst AP, Jeschke E, Mennet M, Schnelle M, Matthes H, von Mandach U. Prescribing pattern of Bryophyllum preparations among a network of anthroposophic physicians. *Forsch Komplementmed*. 2012; 19(6): 93-301.
17. Lambrigger-Steiner C, Simões-Wust AP, Kuck A, Furer K, Hamburguer M. Sleep quality in pregnancy during treatment with Bryophyllum pinnatum: an observation study. *Phytomedicine*. 2015; 21(5):753-7.
18. Hotimsky SN. Parto e nascimento no ambulatório e na casa de partos da Associação Comunitária Monte Azul: uma abordagem antropológica [dissertação]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2001.
19. Bonet O. Saber e sentir: uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2004.
20. Birman J. Os sentidos da saúde. *Physis*. 1999; 9(1):7-12.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Agropecuário 2015. Rio de Janeiro; 2015.
22. Victora C, Knauth DR. Corpo, gênero e saúde: a contribuição da antropologia. In: Strey MN, Cabeda STL, organizadores. *Corpos e subjetividade em exercício interdisciplinar*. Porto Alegre: PUCRS; 2004. p. 81-91.
23. Geertz C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: Zahar; 2008.
24. Mauss M, organizador. A expressão obrigatória dos sentimentos. *Ensaio de Sociologia*. São Paulo: EPU/EDUSP; 1984. p. 211-33.
25. Bastos RL. *Corpo e Saúde na Antroposofia: Bildung como cura [tese]*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2016.
26. Zekhry N. Gestação e parto na Antroposofia [Internet]. Weleda; 2014 [citado 23 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.weleda.com.br/noticias/detalhe%20noticia/default.asp?nt=1009>.
27. Mauss M, organizador. As técnicas corporais. *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EPU/EDUSP; 1984. p. 399-420.
28. Tesser CD, Knobel R, Andrezzo HFA, Diniz SG. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer [Internet]. 2015; *Rev Bras Med Fam* [Internet]. 2015 [citado 21 Abr 2016]; 10(35):1. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1013>.
29. Diniz CSG, Niy DY, Andrezzo HFA, Carvalho PCA, Salgado HO. A vagina-escola: seminário interdisciplinar sobre violência contra a mulher no ensino das profissões de saúde. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2016 [citado 26 Jun 2016]; 20(56):253-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832016000100253&script=sci_abstract&lng=pt.
30. Rodrigues CR. Tabu da morte. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
31. Souza MC. C-sections as ideal births: the cultural constructions of beneficence and patients' rights in Brazil. *Camb Q Health Ethics* [Internet]. 1994 [citado 20 Fev 2017]; 3(3):358-66. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/cambridge-quarterly-of-healthcare-ethics/article/div-classtitlec-sections-as-ideal-births-the-cultural-constructions-of-beneficence-and-patientsandapos-rights-in-brazildiv/B2B6283D47BBOCDF2BC7203878357C>.
32. Diniz CSG. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. *Cienc Saude Colet* [Internet]. 2005 [citado 12 Jun 2016]; 10(3):627-37. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300019&lng=en.

33. Hollen CV. Birth on the threshold: childbirth and modernity in South India. California: University of California Press; 2003.
34. Pastore M, Nogueira P. O parto em movimento [Internet]. 2014 [citado 16 Maio 2016]. Disponível em: <http://www.unesciencia.com.br/2014/10/medicina/>.
35. Maia MB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional [Internet]. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010 [citado 18 Feb 2017]. Disponível em: <http://static.scielo.org/scielobooks/pr84k/pdf/maia-9788575413289.pdf>.
36. Davis-Floyd R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. Int J Gynaecol Obstet [Internet]. 2001 [citado 23 Feb 2017]; 75 Supl 1:5-23. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729201005100>.
37. Tornquist CS. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. Rev Estud Fem [Internet]. 2002 [citado 18 Feb 2017]; 10(2):483-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n2/14972>.
38. Hotimsky SN. A formação em obstetrícia: competências e cuidados na atenção ao parto [tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007.

Bastos RL, Pereira PPG. Madres Waldorf: gestación y parto en la comunidad antroposófica. Interface (Botucatu). 2018; 22(65):505-16.

Las recientes investigaciones en Ciencias Sociales y en Salud Colectiva señalan diferentes contornos sobre el acto de parir en la contemporaneidad. En 2013, durante seis meses, realizamos una etnografía sobre la cura en la Antroposofía, en el barrio rural de Demétria, en Botucatu, São Paulo. El objetivo de este artículo fue reflexionar sobre las orientaciones de la medicina romántica de la Antroposofía destinadas a la gestación y al parto en una comunidad rural antroposófica y las relaciones establecidas con la biomedicina y con servicios de salud. El contacto con las madres y gestantes mostró la existencia de una gramática emocional en la cual la gestante es llevada a buscar purificación y control corporal, además de un silencio religioso en el momento de enfrentar los dolores del parto como demostración de coraje. Cuando buscan el acceso a los servicios de salud, las expectativas sobre el parto se plantean distantes de las prácticas y concepciones de la medicina convencional.

Palabras clave: Dolor. Parto. Antroposofía. Etnografía.

Submetido em 20/10/16. Aprovado em 08/05/17.

Programa de Aprimoramento e Revitalização do Conhecimento na Enfermagem e Saúde

Luiz Anildo Anacleto da Silva^(a)
 Rafael Marcelo Soder^(b)
 Cíntia Cristina Oliveski^(c)
 Mirian Natali Frizzo^(d)

Silva LAA, Soder RM, Oliveski CC, Frizzo MN. Program for Improvement and Revitalization of Knowledge in Nursing and Health. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(65):517-26.

This paper aimed to understand how meaningful learning can contribute to the construction of knowledge and education in the perspective of Nursing students. This is a qualitative, descriptive and exploratory research involving 12 college students from a Nursing course who were in a teaching program. The results enabled the definition of two categories: contributions in Nursing education and knowledge construction. It follows that offering educational programs with alternative methodologies contributes to the construction of knowledge, education and Nursing. One of the main contributing factors is the possibility of collective edification, making the students to have a critical, reflexive and active participation in the educational activities.

Keywords: Nursing. Nursing education. Nursing students.

Objetivo deste trabalho foi compreender como a aprendizagem significativa pode contribuir para a construção do conhecimento e formação na perspectiva de estudantes de Enfermagem. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Os sujeitos da pesquisa foram 12 estudantes de um curso de Enfermagem participantes de um programa de ensino. Os resultados permitiram a construção de duas categorias: contribuições na formação em Enfermagem e na construção do conhecimento. Conclui-se que o oferecimento de programas educativos com metodologias alternativas contribui para a construção do conhecimento, formação e Enfermagem. Um dos principais fatores contributivos refere-se à possibilidade da construção coletiva, proporcionando aos estudantes uma participação ativa, crítica e reflexiva nas atividades educativas.

Palavras-chave: Enfermagem. Educação em Enfermagem. Estudantes de Enfermagem.

^(a, b, c, d) Curso de Enfermagem, Departamento de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria. Campus de Palmeira das Missões, Av. Independência, 3751, Bairro Vista Alegre. Palmeira das Missões, RS, Brasil. 98300-000.
 luiz.anildo@yahoo.com.br;
 rafaelsoder@hotmail.com;
 cinthia.oliveski@yahoo.com.br;
 miriannatali@hotmail.com

Introdução

A interface que compreende a celeridade na produção de conhecimentos na saúde, as transformações sociais, políticas e econômicas, no entrecorte com a rigidez dos planos políticos pedagógicos nas instituições de ensino, associados à compartimentação das áreas do conhecimento, à formatação das disciplinas, à forma de condução dos conteúdos, à verticalização do ensino, motiva, desafia e induz os docentes a conceberem, a preverem e proverem formas complementares de ensino/aprendizagem. Ambientes, espaços e contextos vividos nos desafiam a repensar estratégias pedagógicas alternativas, sobretudo, em agregar estratégias educativas que proporcionem, aos discentes, a participação e autonomia no processo de aprendizagem e construção do conhecimento.

O nominado Programa de Aprimoramento e Revitalização do Conhecimento na Enfermagem & Saúde (PARCE&S) é um programa de ensino de um curso de Enfermagem de uma universidade pública, que tem por objetivo desenvolver ações educativas que tenham significado para todos os sujeitos envolvidos. O referido programa utiliza estratégias de ensino-aprendizagem vinculadas à perspectiva do aprimoramento pessoal, social, profissional e, sobretudo, do aprimoramento e revitalização do conhecimento na Enfermagem e Saúde. Os sujeitos envolvidos nesse programa de ensino são docentes, discentes de Enfermagem, que, interativamente, se propõem a aprender e ensinar de forma contígua, sem sobreposição pedagógica de educadores sobre educandos.

No PARCE&S, desenvolvem-se ações educativas concernentes às metodologias ativas de aprendizagem, em especial, da aprendizagem significativa. Neste programa, procura-se estimular a interatividade no processo de ensino-aprendizagem e desenvolvê-lo de acordo com as necessidades dos participantes. Enquanto método de ensino e de aprendizagem, optou-se pelos preceitos que regem a aprendizagem significativa, em razão das características e dos objetivos do programa educativo. A razão da escolha da aprendizagem significativa refere-se ao fato de que, dentre as suas acepções, está a valorização de conhecimentos prévios que se relacionam com a estrutura cognitiva do aprendiz. Portanto, coaduna-se como um mecanismo que adquire e contém ideias, assim como informações de distintas áreas do conhecimento¹.

Ao buscarem a efetividade no processo de ensino-aprendizagem, os educadores apoiam-se em distintas teorias educativas, com destaque para: Behaviorismo, Cognitivismo, Humanismo, Construtivismo. David Ausubel, conjuntamente com Jean Piaget, Jerome Bruner e Joseph Novak são considerados expoentes na linha cognitivista de aprendizagem. A aprendizagem significativa, enquanto concepção educativa, enfatiza o processo de cognição, na qual os indivíduos atribuem significados à realidade em que se encontram, valorizam o processo de compreensão, transformação, armazenamento e utilização das informações advindas do processo de aprendizagem².

Na aprendizagem significativa, preconiza-se que os educadores precisam criar situações no cotidiano, procurando descobrir o que o indivíduo já sabe. O conhecimento anterior, portanto, é o ponto inicial do processo de aprendizagem, considerando as características dos indivíduos. O foco central da aprendizagem significativa está na identificação dos fatores que efetivam e facilitam a aprendizagem, ou seja, pode ter mais significado, para o discente, a inter-relação entre o novo conceito e a sua estrutura cognitiva, fato que permite ao aprendiz descobrir novos significados, tendo como base seus conhecimentos prévios².

A aprendizagem significativa, portanto, parte da pressuposição de que os novos conhecimentos devam ter significado para os educandos com a valorização do conhecimento prévio dos discentes que, cognitivamente, permite, ao estudante, elaborar novos significados³. No fazer educativo, a aprendizagem significativa consubstancia-se em dois princípios: o educando precisa apresentar disposição em aprender, fato que transcende a simples memorização; segundo, o aprendizado, cognitivamente, precisa ter significado³.

As metodologias ativas e inovadoras de ensino-aprendizagem estão comprometidas com o desenvolvimento de ações educativas críticas e criativas⁴. Nessas modalidades educativas, os alunos precisam adotar atitudes proativas na aprendizagem, razão da autonomia do processo que permite, ao aluno, transcender a posição passiva, ao acúmulo acrítico e não reflexivo de conteúdos⁴. A utilização de metodologias alternativas consubstancia-se na necessidade de mudar o foco no processo educativo,

introduzindo acepções pedagógicas ativas de aprender e ensinar, estimulando-se a autonomia, a participação, a criatividade e a responsabilidade do educando⁵.

Nesta concepção educativa, os recursos cognitivos estão relacionados à forma com que os estudantes: estruturam os conteúdos, formam e utilizam diferentes conceitos, interpretam informações, motivações e expectativas que influenciam a aprendizagem. Quando o discente assume a responsabilidade por sua aprendizagem, acaba atribuindo um significado diferenciado ao processo, estando o docente mais no papel de guia, orientador e facilitador do processo de aprendizagem. Para tanto, nesta modalidade, preconiza-se que as ações educativas sejam colocadas em prática, em locais e situações de aprendizagens dinâmicas e significativas, e tenham como base o conhecimento dos educandos⁶. A concepção de autonomia nesse processo pode ser entendida como atitude central do processo educativo, como uma situação na qual os alunos definem seus objetivos de aprendizagem⁷. A autonomia, portanto, implica atitudes ativas, por parte dos discentes, na aquisição de conhecimentos e habilidades, permitindo, aos indivíduos, regular seu processo educativo⁷. Os indivíduos, ao assimilarem novos conhecimentos, potencializa-os a galgarem mais autonomia no processo educativo².

Para os docentes envolvidos no programa, trabalhar com a aprendizagem significativa permite transcender as metodologias tradicionais. Nesta, assumem o papel de condutores/apoiadores de possibilidade de aprendizagem a partir de situações vivenciadas no trabalho, em especial, a intersecção entre teoria e prática. As práticas educativas, características dessa modalidade, possibilitam, aos sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem, a articulação de conhecimentos anteriores interpostos com a construção do novo⁸.

O estudo se justifica na medida em que se entende que a oferta de novos preceitos educativos esteja, também, relacionada à interface entre os diferentes segmentos na construção de novas práticas no campo da saúde. Programas aditivos de ensino podem contribuir na construção de conhecimentos para o desenvolvimento pessoal, social, econômico e cultural dos sujeitos, com vistas à transformação para uma sociedade mais instruída, crítica, responsável, justa, equitativa e tolerante.

Diante do exposto, a questão de pesquisa busca elucidar: Quais são as contribuições da aprendizagem significativa na construção do conhecimento e formação em Enfermagem sob a perspectiva de estudantes de Enfermagem? Portanto, o objetivo foi o de compreender como a aprendizagem significativa pode contribuir para a construção do conhecimento e formação na perspectiva de estudantes de Enfermagem.

Método

Metodologicamente, o estudo pode ser caracterizado como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória⁹. Como critério de inclusão, definiu-se que os sujeitos do estudo deveriam participar do projeto de ensino há, pelo menos, um ano e ter participado de 75% das atividades. Automaticamente, excluíram-se os sujeitos que não se enquadravam nos critérios. Os sujeitos da pesquisa foram estudantes de Enfermagem que participaram/participam do programa de ensino nos últimos três anos, que, de livre e espontânea vontade, concordaram em participar da pesquisa. Na coleta dos dados, utilizou-se um instrumento com questões semiestruturadas, as quais foram gravadas em sistema digital, e, posteriormente, transcritas. Na apreciação dos dados, empregou-se a proposta de análise temática¹⁰.

Todos os aspectos éticos foram observados conforme a Resolução 466/2012¹¹, sendo o projeto aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Em razão da garantia de manutenção do sigilo e anonimato, os sujeitos estão identificados por código que mescla letras e números.

Resultados e discussão

O programa de ensino denominado PARCE&S é decorrente da necessidade de se criarem espaços educativos alternativos, dos quais participam, espontaneamente, docentes e discentes, em dias, horários e temas geradores do processo educativo, previamente definidos, com encontros semanais.

Participam deste grupo, docentes e discentes de um curso de Enfermagem, de uma universidade pública federal do interior do estado do Rio Grande do Sul.

A estratégia educativa utilizada partiu dos preceitos que regem a 'aprendizagem significativa', e os temas a serem trabalhados são definidos pelos participantes do grupo, com programação mensal. Sobre os conteúdos, a recomendação é a de que esses envolvam a intersecção entre a 'clínica e cuidados na Enfermagem'. Cabe, aos discentes, o papel de apresentadores e debatedores dos temas que foram previamente definidos, enquanto os docentes participam fazendo a moderação das discussões, assim como correção de desvios de assuntos e na condução e síntese nos encontros educativos. Este programa de ensino vem sendo desenvolvido há três anos. Paralela e consecutivamente, desenvolveu-se um projeto de pesquisa com os participantes do programa de ensino.

Como já referido, os sujeitos do estudo foram doze alunos que regularmente participaram de 75% do programa de ensino. A análise temática permitiu a construção de duas categorias: Contribuições educativas do PARCE&S na formação em Enfermagem e Contribuições do PARCE&S na construção do conhecimento.

Contribuições do PARCE&S na formação em Enfermagem

A formação em Enfermagem é complexa, pois envolve múltiplos fatores, necessitando agregar o técnico e o humano, o teórico e o prático, permeada por uma perspectiva crítica e reflexiva pautada em princípios ético-político-filosóficos e qualificada pelo rigor científico na construção do conhecimento. O pensar-agir de forma crítica e reflexiva na formação permite, aos acadêmicos de Enfermagem, um olhar presente mais aguçado das vivências acadêmicas, com as projeções de futuro. Refere um dos sujeitos do estudo que: "Os encontros no PARCE&S proporcionaram reflexões necessárias para o processo de formação acadêmica, pois, através de estudos e discussões conseguimos associar o embasamento teórico com a rotina do processo de trabalho do profissional enfermeiro" (EE1).

O reconhecimento do programa educativo no desenvolvimento profissional evidencia-se na situação em que a intersecção entre teoria e prática é consubstanciada pelo entendimento de que o conhecimento é coletivamente construído.

"Reconheço o PARCE&S como instrumento signifiante na minha formação. Certamente, o conhecimento adquirido durante os períodos de atividades farão diferença na minha atuação profissional, contribuindo no desenvolvimento de técnicas e habilidades, assim como uma reflexão crítica do processo de trabalho". (EE9)

Segundo o entendimento do entrevistado, o uso da aprendizagem significativa no programa educativo, enquanto recurso didático, foi preponderante para a formação crítica e reflexiva e para a construção do conhecimento.

"O PARCE&S contribuiu positivamente na minha formação acadêmica, já que me permitiu desenvolver temáticas e experiências extracurriculares que foram evidenciadas por mim ou pelos demais integrantes. Por isso, acredito que o projeto tenha me proporcionado uma formação diferenciada, com maior conhecimento, além de ter desenvolvido minhas capacidades, bem como um pensamento mais crítico e reflexivo". (EE10)

A aprendizagem significativa constitui importante recurso didático na formação crítica e reflexiva dos estudantes, nas mais diversas áreas. A utilização dessa estratégia favorece a autonomia do educando, estimula a iniciativa e protagonismo no processo educativo. Para os docentes, a aprendizagem significativa compõe um importante recurso na prática pedagógica como estratégia de inclusão discente na construção do conhecimento¹².

A utilização de novas estratégias educativas insere o estudante no seu processo de aprendizagem, possibilitando-lhe: articular teoria e prática, correlacionar conhecimentos, refletir sobre problemas reais

que envolvem a formação profissional em relação às necessidades do mercado de trabalho, e a sua intersecção e contribuição para o desenvolvimento social, das tecnologias e das ciências¹³. A inclusão de estratégias pedagógicas destinadas à aquisição de conhecimentos com base na realidade favorece a aproximação entre teoria e prática dos futuros profissionais em prol de uma visão crítica de se trabalhar com problemas reais. Portanto, observa-se que o contexto atual requer a formação de enfermeiros ativos, críticos, reflexivos e criativos¹⁴.

As atividades educativas incluem os discentes, como sujeitos participantes e ativos. Os temas geradores dos encontros são definidos pelos alunos, assim como a condução da atividade educativa. Sobre isso, os participantes afirmam que:

“Eu considero fundamental este projeto na minha formação, uma vez que a metodologia educativa se mostrou muito efetiva, em que todos os acadêmicos se preparavam para as discussões, eram assuntos escolhidos pelos próprios alunos, que sentíamos fragilidade durante a graduação, além disso, em um grupo pequeno as discussões se tornam mais efetivas”. (EE2)

“O conhecimento é algo que estará sempre em construção e a oportunidade de participar deste projeto amplificou os meios e formas de aprendizagem. Foram proveitosos nossos estudos nas manhãs de segunda-feira, com toda certeza vai oportunizar outros alunos nessa aprendizagem. Valeu muito”. (EE3)

“O projeto PARCE&S complementa o conhecimento da Enfermagem com métodos alternativos de aprendizagem, estimulando o pensamento do acadêmico para assimilar saberes da clínica e do cuidado em Enfermagem”. (EE11)

O processo de aprendizagem não depende tão somente de capacidades de atenção dos alunos em incorporar informações. Necessita-se, também, desenvolver habilidades de análise, processamento e aplicação, e a utilização de estilos e as estratégias de aprendizagem são preponderantes para melhorar o desempenho cognitivo. Os estilos de aprendizagem são susceptíveis de contínuos processos de aprimoramento e qualificação da aprendizagem. O estilo de aprendizado reflexivo caracteriza-se pela ponderação, a consciência, a sensibilidade e a capacidade de análise¹⁵.

O compromisso com a formação em Enfermagem também está ancorado em estratégias educativas alternativas e envolventes de ensino. Portanto, uma das funções do docente está em: criar possibilidades, estimular a reflexão, orientar os discentes quanto ao seu desenvolvimento, para enfrentar os diferentes desafios, nos mais diversos contextos. Estrategicamente, o docente tem o compromisso de criar e desenvolver condições de ensino com a oferta de modalidades educativas diferenciadas, que remeta, aos estudantes, a responsabilidade da organização e transformação do conhecimento de forma compartilhada⁶.

Especificamente, o uso da aprendizagem significativa na formação em Enfermagem procura articular os conteúdos teóricos com as práticas e as experiências vividas. O método concernente à aprendizagem significativa estimula o discente a ser também protagonista na construção do seu conhecimento, haja vista que a Enfermagem precisa de profissionais habilitados para cuidar de pessoas, com conhecimentos técnicos, teóricos e práticos, balizados pela ética e responsabilidade, entre outros preceitos³.

Os extratos de respostas dos entrevistados permitem entender que a participação no programa de ensino contribui na formação em diversos aspectos, sobretudo no que tange às discussões e reflexões, a interação entre a teoria e a prática. Reconhece-se que a inserção nesta atividade educativa foi significativa para a formação em Enfermagem, razão da gama de conhecimentos que foram agregados. Porquanto, evidencia-se que as contribuições mais importantes referem-se à possibilidade de participar nas discussões, compartilhar conhecimentos e, sobretudo, estimular o pensamento crítico e reflexivo.

Contribuições do PARCE&S na construção do conhecimento

A aprendizagem significativa é uma das estratégias de ensino que valoriza conhecimentos prévios e experiências vividas pelos aprendizes. Nesta, o conhecimento anterior é o ponto de partida do processo educativo, considerando as características e necessidades dos indivíduos. Relatam os participantes do estudo que:

“A metodologia utilizada possibilitou uma participação ativa na busca do conhecimento, nas discussões com conteúdos importantes, todos planejados de acordo com o interesse dos componentes do grupo. Em sala de aula, nas disciplinas curriculares muitas vezes não temos abordagens mais completas sobre determinados assuntos e no PARCE&S nos aprofundávamos no que estava em questão e discussão”. (EE3)

“O PARCE&S contribuiu muito na construção do conhecimento, principalmente pela metodologia aplicada. Estudar os temas abordados e expor aos colegas facilita o aprendizado, além de contribuir na dicção e oratória em público. Esse projeto qualifica os acadêmicos na clínica direcionando as intervenções necessárias e adequadas”. (EE6)

Entre os desafios do exercício da docência, está o desenvolvimento de estratégias para envolver os estudantes, de forma que os permita inserirem-se ativamente no processo de aprendizagem e serem também ativos no processo educativo e protagonistas na construção do conhecimento. Por sua vez, a aprendizagem significativa permite a exploração de conhecimentos dentro de um determinado contexto, impreterivelmente, valorizando conhecimentos, experiências e envolvendo os estudantes no processo educativo. Nesta estratégia de aprendizado, cabe aos docentes assumirem o papel de construtor de possibilidades de aprendizagem¹⁶.

A abrangência da aprendizagem significativa, enquanto atividade educativa, busca correlacionar a teoria e prática considerando o estudante como autor na construção do seu conhecimento. A utilização das metodologias ativas de aprendizagem constitui importante adendo na construção do conhecimento do estudante, de forma que os subsidia posteriormente na sua prática profissional¹⁷.

A necessidade de buscar conhecimentos predeterminados permite a interação e a reflexão coletiva. Sobre o fato, os entrevistados assim se manifestam.

“O PARCE&S através de sua metodologia de estudo em práticas clínicas contribuiu na construção do conhecimento durante todo o seu período de atividades”. (EE9)

“A metodologia educativa utilizada no grupo me estimulou a pesquisar, ler, buscar, aprender sobre a temática a ser discutida nos próximos encontros, utilizando exclusivamente informações nas fontes baseadas em evidências científicas, o que acredito ter me proporcionado um conhecimento mais consistente e fidedigno, além de ser aplicável na prática do cuidado em saúde. Outro aspecto válido na metodologia utilizada refere-se às discussões, na qual procurávamos sanar dúvidas nos textos que havíamos utilizado”. (EE10)

Novas modalidades educativas permitem, ao estudante, a participação ativa no seu processo de aprendizagem, buscando conhecimentos, articulando teoria e prática, correlacionando saberes e fazendo reflexões críticas sobre problemas reais que inferem na sua formação e posterior exercício profissional, com vistas a contribuir para o desenvolvimento social e de novas tecnologias. Nas atividades educativas, que se utilizam dos preceitos que regem a aprendizagem significativa, a participação dos discentes é fundamental. Nesta prática educativa, o estudante transcende a postura de receptor do processo, e a reconfiguração do seu papel no processo educativo, transcendendo a uma posição passiva no processo educativo, assumindo participação ativa na construção do conhecimento¹³.

O significado e a importância do PARCE&S na construção do conhecimento e na complementaridade do processo educativo são descritos como:

“Foi muito significativa a importância do PARCE&S na minha construção de conhecimento, pois assuntos de clínica muitas vezes são falados rapidamente em sala de aula. Muitos dos assuntos que discutimos no projeto estão presentes no dia a dia, mas a importância do PARCE&S não se limita a isso, pois me direcionou a construir um olhar voltado às questões clínicas, avaliação do paciente, correlacionar e compreender além do que está posto aos olhos”. (EE2)

“O PARCE&S foi uma grande experiência sob o ponto de vista do aprimoramento do conhecimento. Por tratar-se de um espaço em que eram abordadas questões clínicas da atuação do enfermeiro, foi possível instigar-nos a buscar mais sobre os temas pré-definidos, discutir sobre as condutas mais adequadas e, conseqüentemente desenvolver um raciocínio mais clínico”. (EE4)

O desenvolvimento de novas estratégias pedagógicas está atrelado a um processo educativo que transcende a formação técnica, razão que ancora em preceitos educativos críticos e transformadores, que, contextualmente, contribuem para a conscientização dos sujeitos, para uma prática social emancipatória e uma sociedade justa e sustentável¹³.

Na construção do conhecimento, os preceitos educativos precisam estar articulados com as necessidades dos estudantes, razão por que as situações e problemas que se interpõem no processo educativo buscam despertar o interesse dos aprendizes, correlacionando o aprendizado ao conhecimento prévio dos discentes. Associar o pensar e o fazer, refletir o teórico e o prático, instigar o questionamento e a controvérsia, são alternativas de superação aos modelos baseados na transmissão vertical de conhecimentos¹⁴.

A participação do estudante é fundamental na construção do conhecimento, haja vista o comprometimento na escolha dos temas geradores da ação educativa, assim como sua inserção e participação no processo:

“A participação no projeto foi de grande importância para a construção de meu conhecimento, levando em conta a dinâmica utilizada para os encontros, onde eram discutidos, abordados e repensados diversos assuntos de interesse comum entre o grupo. Os assuntos eram escolhidos pelos próprios participantes, o que aproxima e faz com que o reconhecimento e apreensão do tema abordado se dêem de forma mais efetiva e qualificada”. (EE5)

“O PARCE&S foi de suma importância na construção do conhecimento pessoal que reflete no aprimoramento profissional, uma vez que o estudo e conseqüente discussão em grupo facilitam a compreensão dos assuntos abordados, sendo de forma dinâmica e informal”. (EE7)

Na construção do conhecimento, aprender significativamente implica agregar novas perspectivas ao conhecimento. Na Enfermagem, em especial, o conhecimento na resolução de casos clínicos com situações características do cotidiano, permite despertar o raciocínio crítico dos estudantes e consubstanciar a tomada de decisões. Consubstancia-se que a utilização de metodologias ativas de ensino/aprendizagem seja uma das formas mais profícuas para estimular o pensamento crítico dos estudantes². Atividades que envolvem projetos educativos contribuem na aproximação de teoria e prática, facilitam o senso crítico do estudante⁸.

Na aprendizagem significativa o conhecimento prévio é base para a incorporação, compreensão e fixação de novos conhecimentos². Na construção do conhecimento, o uso das metodologias ativas de aprendizagem constitui importante recurso pedagógico para a formação crítica e reflexiva. Na perspectiva da construção do conhecimento, carece ao estudante redimensionar o seu papel no processo educativo e transcender a atitudes passivas e receptivas de informações, para assumir uma posição ativa e participativa no processo de construção do conhecimento¹³.

Para os participantes do estudo, a inserção no programa contribui em inúmeros aspectos, razão por que possibilitou: discussões e interações; o aprofundamento de disciplinas curriculares; superação de fragilidades na intersecção de teoria e prática; a possibilidade de superar limitações, como a

introversão e a insegurança de dialogar em grupos. Por conseguinte, evidencia-se, claramente, que a principal contribuição refere-se à construção e ao aprimoramento do conhecimento.

Conclusão

O objetivo do programa foi desenvolver ações educativas que estivessem consignadas com as necessidades e/ou realidades dos sujeitos envolvidos no processo educativo; proporcionar aos sujeitos a possibilidade de participarem ativamente do seu processo educativo; contribuir para o aprimoramento e qualificação da atenção e da gestão em saúde.

A oferta de diferentes estratégias educativas contribui para a formação em Enfermagem, razão pela qual se utiliza de formas diferenciadas de aprender e ensinar. Nesta modalidade educativa, os discentes precisam repensar e reconfigurar sua atuação no processo educativo, saindo de uma posição passiva, e adotar atitudes ativas, sendo o responsável pela definição e seleção dos conteúdos, pela apresentação e debates e, também, por desenvolver a capacidade de sustentar academicamente preceitos teóricos nas mais diferentes áreas do conhecimento.

A modalidade educativa, ora vivenciada, é uma opção metodológica plenamente viável de superação à crítica na construção do conhecimento, de ações educativas verticalizadas com docentes exercendo o papel de reprodutor de conteúdos, estando o estudante em uma posição passiva de expectador, com possibilidades diminutas de participar, interagir, refletir e adotar condutas, até porque pode não haver estímulos a este tipo de atitude.

Ações educativas com base nas metodologias educativas de aprendizagem ainda encontram resistências quanto a sua implantação. Na realidade vivida, vem se trabalhando com esses preceitos educativos em disciplinas optativas e complementares de graduação e, também, com grupos menores de estudantes que participam de programas, projetos, práticas e estágios. O PARCE&S reúne, em média, 10-15 alunos, e tem como maior entrave a coincidência de horários das aulas, práticas e dos estágios. Como traduzido pelas respostas dos sujeitos do estudo, evidencia-se que programas desta natureza contribuem significativamente para a construção do conhecimento e formação em Enfermagem. Por fim, reconhece-se a limitação do estudo, fato que nos instiga a olhar com mais propriedade o contexto vivido e projetar novas pesquisas sobre a temática.

Colaboradores

Luiz Anildo Anacleto da Silva foi responsável pela análise dos dados e redação textual. Rafael Marcelo Soder e Cíntia Cristina Oliveski colaboraram na redação textual. Mirian Natale Frizzo colaborou na coleta de dados e na redação textual.

Referências

1. Moreira MA. Aprendizagem significativa: um conceito subjacente. *Aprendiz Significativa Rev.* 2013; 1(3):25-46.
2. Distler RR. Contribuições de David Ausubel para a intervenção psicopedagógica. *Rev Psicopedag.* 2015; 32(98):191-9.
3. Sousa ATO, Formiga NS, Oliveira SHS, Costa MML, Soares MJGO. A utilização da teoria da aprendizagem significativa no ensino da enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2015; 68(4):713-22.
4. Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ÉT. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18(6):1847-56.
5. Cardoso DSA, Oliveira JM, Costa LMC, Rozendo CA. Aprendizagem reflexiva: o uso do portfólio coletivo. *Rev Bras Educ Med.* 2015; 39(3):442-9.
6. Fernández V, Beligoy M. Estilos de aprendizaje y su relación con la necesidad de reestructuración de las estrategias de aprendizaje de los estudiantes universitarios de primer año. *FEM.* 2015; 18(5):361-6.
7. González-Hernando C, Carbonero-Martín MÁ, Lara-Ortega F, Martín-Villamor P. "Learning to learn" in nursing higher education. *Invest Educ Enferm.* 2012; 31(3):473-9.
8. Carvalho PSRP, Rego ALC, Ferreira KS, Silva SB, Vitor AF, Ferreira JMF. Teoria da aprendizagem significativa como proposta para inovação no ensino de enfermagem: experiência dos estudantes. *Rev Enferm UFSM.* 2015; 5(1):186-92.
9. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5a ed. São Paulo: Atlas; 2010.
10. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
11. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, DF: 2012 [citado 27 Maio 2016]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
12. Borges TS, Alencar G. Metodologias ativas na promoção da formação crítica do estudante: o uso das metodologias ativas como recurso didático na formação crítica do estudante do Ensino Superior. *Cairu Rev.* 2014; 3(4):119-43.
13. Gemignani EYMY. Formação de professores e metodologias ativas de ensino-aprendizagem: ensinar para a compreensão. *Rev Front Educ.* 2012; 1(2):1-27.
14. Mesquita SKC, Meneses RMV, Ramos DKR. Metodologias ativas de ensino/aprendizagem: dificuldades de docentes de um curso de enfermagem. *Trab Educ Saude.* 2016; 14(2):473-86.
15. Bahamón Muñetón MJ, Vianchá Pinzón MA, Alarcón Alarcón LL, Bohórquez Olaya CI. Estilos y estrategias de aprendizaje relacionados con el logro académico en estudiantes universitarios. *Pensam Psicol.* 2013; 11(1):115-29.
16. Kalinowski CE, Mazzoquetti RMD, Peres AM, Larocca LM, Cunha ICKO, Gonçalves LS, et al. Metodologias participativas no ensino da administração em enfermagem. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(47):959-67.
17. Limberger JB. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem para educação farmacêutica: um relato de experiência. *Interface (Botucatu).* 2013; 17(47):969-75.

Silva LAA, Soder RM, Oliveski CC, Frizzo MN. Programa de Mejoramiento y Revitalización del Conocimiento en Enfermería y Salud. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):517-26.

El objetivo del artículo es entender como el aprendizaje significativo puede contribuir a la construcción del conocimiento y la formación en la perspectiva de los estudiantes de Enfermería. Se trata de una investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria. Los sujetos fueron 12 estudiantes de un curso de Enfermería y participantes en un programa de enseñanza. Los resultados permitieron la construcción de dos categorías: contribuciones en la formación y en la construcción del conocimiento. Llegamos a la conclusión de que la provisión de programas educativos con metodologías alternativas contribuyó en la construcción del conocimiento y formación en Enfermería. Uno de los principales factores contribuyentes se refiere a la posibilidad de construcción colectiva, proporcionando a los estudiantes una participación activa, crítica y reflexiva en las actividades educativas.

Palabras clave: Enfermería. Educación en Enfermería. Estudiantes de Enfermería.

Submetido em 19/10/16. Aprovado em 01/02/17.

Revisitar processos:

revisão da matriz curricular do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo

Andrea Perosa Saigh Jurdi^(a)
 Stella Maris Nicolau^(b)
 Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo^(c)
 Rosana Aparecida Salvador Rossit^(d)
 Viviane Santalucia Maximino^(e)

Jurdi APS, Nicolau SM, Figueiredo LRU, Rossit RAS, Maximino VS, Borba PLO. Reviewing processes: the Occupational Therapy curricular framework of the Federal University of Sao Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):527-38.

This paper is the report of the review process of the Occupational Therapy course curricular framework of the Federal university of Sao Paulo from 2012 to 2014. The four stages comprise 4320 hours distributed over four years in a full time period highlighting the following aspects: reduction of total hour schedule, change of composition of practical activities in Occupational Therapy, curricular flexibilization with the introduction of electives courses and articulation between disciplines, consolidating Research and Fundamentals of Occupational Therapy. These are some of the questions that present themselves on a daily basis, and showed that the curricular reformulation should be included in a continuous process, whenever the stakeholder pose doubts and questions about the way to strengthen of the Occupational Therapy as part of the Brazilian public policies.

Keywords: Higher education. Occupation therapy. Curriculum.

O presente artigo relata o processo de revisão da matriz curricular do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo no período de 2012 a 2014. Foram quatro etapas e como resultado tem-se 4.320 horas distribuídas ao longo de quatro anos em período integral, destacando-se os seguintes aspectos: diminuição da carga horária total; mudanças nas atividades práticas em Terapia Ocupacional; flexibilização curricular com introdução de módulos eletivos; maior articulação entre eixos e módulos; e fortalecimento da área de Fundamentos e Pesquisa em Terapia Ocupacional. O processo trouxe diversas questões enfrentadas no cotidiano institucional e demonstrou que a reformulação curricular é parte de um processo contínuo quando o conjunto dos atores participantes expressam dúvidas e perguntas sobre uma formação destinada ao fortalecimento de uma Terapia Ocupacional voltada às políticas públicas brasileiras.

Palavras-chave: Ensino superior. Terapia ocupacional. Currículo.

Patrícia Leme de Oliveira Borba^(f)

^(a,d,f) Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Rua Silva Jardim, 136, Vila Matias. Santos, SP, Brasil. 11015-020. andreaJurdi@gmail.com; rorossit@hotmail.com; paborbato@gmail.com

^(b,e) Departamento de Saúde, Clínica e Instituições, Unifesp. Santos, SP, Brasil. stellanicolau@uol.com.br; vivimax10@yahoo.com.br

^(c) Departamento Gestão e Cuidados em Saúde, Curso de Terapia Ocupacional, Unifesp. Santos, SP, Brasil. uchoalu@hotmail.com

Introdução

O debate sobre o Ensino Superior, particularmente sobre a universidade, encontra-se na ordem do dia nos diferentes cenários educacionais: políticos, institucionais e científicos. A discussão sobre a complexidade da formação vem se ampliando em decorrência das mudanças exigidas no interior das diferentes profissões, sobretudo devido às transformações sociais contemporâneas e no mundo do trabalho, que demandam um novo perfil de egresso desejado, incidindo no modelo de universidade que se constrói, sendo que formação e trabalho profissional estão diretamente imbricados^{1,2}. No nosso caso, em um curso de Terapia Ocupacional no âmbito da universidade pública, o avanço do conhecimento coloca para a universidade o desafio de incorporar como objeto de ensino, pesquisa e extensão áreas imprescindíveis para o aprofundamento da reflexão sobre cuidado, saúde e ação social.

O movimento de mudanças na educação dos profissionais de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e as diretrizes das políticas públicas sociais; em destaque o Sistema Único de Saúde (SUS), o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) e a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva; colocam a importância de formar profissionais qualificados e conectados às necessidades da sociedade brasileira em universidades que estejam comprometidas com a construção e efetivação de políticas públicas, capazes de produzir conhecimento relevante para a sociedade e suas demandas³⁻⁷.

No que se refere especificamente ao campo da saúde, é interessante notar que o contexto de mudança prevê a articulação entre educação superior e saúde, sob as diretrizes do SUS e das DCN, vinculando educação, trabalho e práticas sociais. Essa articulação constitui-se como referência para propor o perfil do profissional a ser formado, o projeto político pedagógico, a organização e a orientação do currículo⁸.

Os processos de implementação das DCN dos cursos de graduação buscaram mudar o foco da retenção ou acúmulo de informações para os movimentos de contextualização, integração, compreensão, aplicação e construção de conhecimentos, o que, nos últimos 12 anos, tem gerado diversos movimentos de mudança curricular no país^{9,10}.

Ceccim e Ferla¹¹ destacam que projetos pedagógicos não se restringem ao âmbito profissional; atingem também as relações humanas, indo além do ambiente de trabalho ou da sala de aula e extrapolando para o mundo da vida. O ensino pressupõe uma estrutura didático-pedagógica (currículo, progressão escolar, avaliação das aquisições lógicas), mas se compõe também das relações de aprendizagem (processos cognitivos, processos afetivos e processos sociais).

Nesse sentido, o currículo é considerado o fundamento do sistema de ensino e qualquer mudança na estrutura do sistema, na organização institucional ou na escolha de estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas devem ser incorporadas ao currículo. Caso contrário, qualquer transformação será periférica.

Um estudo realizado por Braid et al.¹² sobre o estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde aponta que a inovação curricular é um assunto atual quando o *locus* da discussão é o ensino superior e, em específico, os cursos de formação em saúde. Os autores referem que foi sobretudo a partir da década de 1990 que as pesquisas começaram a questionar os currículos disciplinares e as formas de ensino utilizadas, assim como defender propostas de currículos integrados, que estejam próximos da vida cotidiana e da comunidade, levando em consideração os conteúdos cognitivos, o trabalho com o corpo, as emoções, as habilidades e os valores sociais¹².

Silva et al.¹³ apontam os diversos aspectos que devem ser valorizados para o sucesso da implantação de uma inovação curricular que proponha uma inversão na lógica da formação de profissionais da área da saúde. Entre elas, podemos citar: comprometimento com novas práticas educativas, assumindo como pressuposto a problematização das situações de aprendizagem; formação docente; modificação da estrutura da instituição de ensino, adequando-a à nova proposta curricular; democratização da prática pedagógica, com autonomia do aluno em seu trajeto curricular; organização

de eixos integradores que articulam saberes das antigas disciplinas; inserção de professores e estudantes em cenários reais de prática; e prática constante da interdisciplinaridade.

Para Lima¹⁴, na área da saúde, a orientação dos currículos por competência implica na inserção dos estudantes em cenários da prática profissional desde o início do curso, com a realização de atividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos desempenhos. A aquisição de competências profissionais na área da saúde tem relação direta com a utilização de metodologias problematizadoras ou ativas.

Educar por competências não é uma unanimidade, muito menos um consenso na área da educação. Para alguns, educar por competências conduz a uma sociedade de indivíduos eficientes que serviriam ao capital e à engrenagem do sistema produtivo. Para outros, no entanto, essa é a oportunidade de reestruturar os sistemas educacionais por dentro, na tentativa de superar o ensino baseado em conteúdos antigos e pouco funcionais, levando a uma sociedade não apenas eficiente, mas também justa, democrática e inclusiva. Sem dúvida, em qualquer opção que se faça é preciso estar ciente de que optamos por uma definição conceitual em relação ao que definimos por competência.

Em nossa ótica sobre a formação profissional de terapeutas ocupacionais, competência se expressa na capacidade de um ser humano cuidar do outro, colocando em ação conhecimentos, habilidades e valores necessários para a prevenção e resolução de problemas de saúde e sociais em situações específicas do exercício profissional¹⁵.

Optar por esse modelo de educação na formação do terapeuta ocupacional implica pensar a inserção dos estudantes, desde o início do curso, em cenários da prática profissional, com a realização de atividades educacionais que promovam o desenvolvimento dos desempenhos (capacidades em ação), segundo contexto e critérios. Nesse sentido, deve haver uma estreita parceria entre a academia e os serviços de saúde e instituições sociais e educacionais, criando situações reais de aprendizado¹⁴.

Ressalta-se que o campo da Terapia Ocupacional torna-se mais complexo ao pensarmos que a formação de acordo com as DCN deve ser generalista, uma vez que o terapeuta ocupacional não restringe sua ação somente ao campo da saúde. Atualmente o terapeuta ocupacional atua na esfera social, educacional e cultural, produzindo conhecimento e sedimentando sua atuação para além – e fora – do campo da saúde. Além disso, o curso de Terapia Ocupacional da Unifesp apresenta outra singularidade que provoca desdobramentos no processo de revisão da matriz curricular. O curso faz parte de um *campus* que tem como diretrizes em seu projeto pedagógico a ênfase na interdisciplinaridade e na educação interprofissional, dois aspectos que nos convocam a pensar como transitar entre núcleos e campos de saber entre o comum e o específico¹⁶.

A educação interprofissional apresenta-se atualmente como principal estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado, comprometendo-se com o desenvolvimento de três competências: competências comuns a todas as profissões, competências específicas para cada área profissional e competências colaborativas, isto é, o respeito às especificidades de cada profissão¹⁷.

Há também outra característica do trabalho em equipe que é preciso desenvolver: a capacidade de, por meio da colaboração e da superação do uso corporativista do conhecimento, produzir um comum, isto é, um resultado do trabalho que não é a soma dos trabalhos individuais, mas configura-se como algo novo e adequado a cada situação na qual a equipe está envolvida¹⁸.

Ao assumir a educação interprofissional como direcionador do projeto pedagógico, o *campus* Baixada Santista comprometeu-se em desenvolver uma proposta formativa que rompe com a estrutura tradicional centrada em disciplinas e com a formação específica de determinado perfil profissional. Nesse sentido, surgiu um desafio: desenvolver a autonomia individual em íntima coalizão com o coletivo e construir uma formação que deve ser capaz de desencadear uma visão abrangente, de interdependência e transdisciplinaridade, possibilitando a construção de redes de mudanças sociais, com a consequente expansão da consciência individual e coletiva¹⁹. Essa característica do *campus* incidiu fortemente sobre o processo de revisão das matrizes curriculares dos cursos, como descrito neste artigo.

O curso de Terapia Ocupacional

O curso de Terapia Ocupacional da Unifesp foi criado em 2006, no *campus* Baixada Santista, e tem como diretriz um Projeto Político Pedagógico (PPP) pautado na educação interprofissional, na formação para o trabalho em equipe e para a integralidade da atenção. Este assume como norteadores das ações de formação dos estudantes os princípios da educação interprofissional.

Também considera as DCN, que ampliam o perfil de competências e habilidades para a graduação, a saber: a atenção à saúde, o desenvolvimento da capacidade de comunicação e de liderança, preparando os futuros profissionais para a administração e gerenciamento de suas práticas, para a tomada de decisão e para a educação permanente.

Configura-se, assim, um processo de educação que prioriza o trabalho em equipe, a interdisciplinaridade e o compromisso com a integralidade das ações, que deve ser alcançado com um amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão.

A construção da identidade profissional de uma determinada área é um processo complexo, pois se sabe que as profissões são criadas e definidas em contextos históricos que incluem variáveis muito mais amplas do que aquelas que determinariam tecnicamente a ação profissional. Assim, os profissionais podem ver o espectro de sua ação variar de acordo com pressões políticas, econômicas e éticas, que vão muito além das demandas ou das necessidades específicas dos sujeitos destinatários da atenção. Por isso, fala-se em construção da identidade profissional.

Portanto, ao mesmo tempo em que é importante que os estudantes conformem um determinado perfil, também observa-se que esse perfil deve ser flexível, adaptável às realidades do mercado de trabalho e das aspirações de cada futuro profissional.

A experiência no *campus* Baixada Santista demonstra que a imagem do profissional vai se desenvolvendo a partir de dois movimentos aparentemente opostos, porém complementares: por um lado, cada estudante vai compreendendo seu papel profissional a partir do contato com os docentes e conteúdos específicos da profissão e, por outro, a partir da exposição a situações comuns de aprendizagem com outras áreas, que demandam olhares diferentes, que ora se complementam, ora se confrontam, mas que possibilitam um nível mais ampliado de compreensão da realidade.

Dessa forma, a concretização de propostas de Educação Interprofissional implica em assumir uma nova organização curricular que priorize as discussões e as vivências conjuntas das diferentes profissões envolvidas no cuidado ao indivíduo e/ou grupos de indivíduos nos serviços e comunidades. É necessário o desenvolvimento de uma cultura de ensino-aprendizagem caracterizada pelas trocas e saberes partilhados, com espaços formativos significativos e comprometidos com a prática do trabalho em equipe e pautado nas políticas públicas em vigor, no âmbito da saúde, da educação, da cultura e do campo social.

Em consonância com o projeto pedagógico do *campus*, o curso de Terapia Ocupacional está planejado em uma concepção de currículo que procura integrar conteúdos em eixos e módulos. Está estruturado em três eixos comuns às diversas profissões: "O ser humano em sua dimensão biológica", "O ser humano e sua inserção social", "Trabalho em saúde" e um eixo específico: "Aproximação à prática específica do terapeuta ocupacional".

Dessa forma, o projeto pedagógico prevê a articulação entre os quatro eixos propostos, orientados pela formação de profissionais da área da saúde comprometidos com atuações consistentes, críticas e potencialmente transformadoras da realidade social, com ênfase na educação interprofissional, interdisciplinaridade, enfoque problematizador e produção do conhecimento.

A fim de valorizar a interdisciplinaridade, a configuração atual do trabalho do terapeuta ocupacional e a visão integral do ser humano, os eixos articulam conteúdos programáticos, cuja proximidade temática permite a proposição de estratégias pedagógicas integradas. Assim, os eixos são compostos por módulos, que correspondem às diversas disciplinas, aglutinando áreas temáticas afins de modo a integrar, e não fragmentar, os saberes necessários à formação do terapeuta ocupacional. Os conteúdos desses eixos são desenvolvidos desde o início do curso, de maneira interdisciplinar e interprofissional.

Em relação ao ensino em cenários reais, no projeto pedagógico do curso de Terapia Ocupacional, o estudante é inserido em sua prática profissional desde o início da formação. Essa inserção é realizada

a partir de aproximações sucessivas às atividades práticas, possibilitando a execução de tarefas de complexidade e responsabilidade crescente.

Em consonância com a revisão do projeto pedagógico do *campus*, o curso de Terapia Ocupacional fez a revisão de sua matriz curricular no período de 2013 a 2015, com vistas à flexibilização curricular, redução de carga horária, maior articulação entre eixos comuns e específico, atualização dos planos de ensino com temáticas contemporâneas e relevantes para a formação profissional e introdução de módulos eletivos para que o estudante possa construir um percurso acadêmico mais autônomo e singular. Essas mudanças foram realizadas em um processo comum no *campus*, no qual participaram os seis cursos de graduação (Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional) do Instituto Saúde e Sociedade, sem perder de vista a ênfase interdisciplinar e interprofissional do projeto pedagógico do *campus*.

Os processos de revisão de matrizes curriculares dos cursos de graduação são frequentes e necessários para que a formação acompanhe as mudanças de paradigma. No entanto, esse processo torna-se extremamente complexo quando há diversos cursos envolvidos, pois coloca em xeque a própria capacidade dos docentes de trabalharem de maneira interdisciplinar e interprofissional.

No caso aqui descrito, para que a revisão das matrizes curriculares fosse possível, verificou-se a necessidade de oficinas conjuntas e concomitante trabalho do Núcleo Docente Estruturante (NDE) do curso de Terapia Ocupacional sob coordenação de uma instância composta por representantes dos diversos cursos, departamentos e estudantes (Câmara de Ensino de Graduação).

Processo de revisão: resultados e discussão

Etapa 1

Para iniciar o processo de revisão da matriz, o NDE realizou um estudo aprofundado a partir de ações que permitiram uma análise sobre as tendências contemporâneas da profissão e sobre outros cursos nacionais de Terapia Ocupacional. Em um primeiro momento, houve a escuta dos estudantes no sentido de apreender sua percepção e compreensão em relação ao curso. Para isso, foi construído um instrumento para mapear a percepção do estudante em relação aos eixos comuns e específico. Para cada eixo, o estudante deveria se posicionar em relação a três aspectos, mobilizados pelos seguintes termos: “que bom”, “que tal” e “que pena”. Em outras palavras, esses termos indicam quais aspectos eram positivos, quais eram negativos e o que poderia ser sugerido como proposição de mudança na visão dos estudantes.

Em paralelo, o NDE debruçou-se sobre os dados atuais da profissão obtidos por uma consulta ao Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, mapeando as definições da profissão e as atuais tendências.

Após a análise desses dados, foi realizada uma análise das publicações em periódicos nacionais (Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar e Revista de Terapia Ocupacional da USP) e internacionais (American Journal of Occupational Therapy e Occupational Therapy Internacional) com o intuito de conhecer as tendências profissionais, acadêmicas e formativas.

Somado a isso, nos debruçamos sobre as pesquisas “Análise de um Projeto de Educação Interprofissional na Formação em Saúde: ótica dos egressos”²⁰ e “Políticas de Ensino Superior, graduação em terapia ocupacional e o ensino de terapia ocupacional social no Brasil”²¹. Além disso, foi realizado um levantamento com os egressos mais recentes para conhecer suas inserções no campo profissional e análise dos concursos abertos no período.

Como resultado dessa etapa, compreendeu-se que a Terapia Ocupacional como profissão teve um crescimento mundial, ampliando seu espectro de ações e conhecimento, sendo que a literatura internacional privilegia estudos de cunho mais epistemológico, elaborando novas concepções de modelos teórico-metodológicos que comunicam as práticas, e a literatura nacional ainda é muito descritiva e pouco analítica em torno das múltiplas possibilidades de inserção da categoria profissional.

Apesar das possibilidades apresentadas nos periódicos nacionais, a análise das inserções profissionais dos egressos demonstrou que a absorção no mercado profissional de uma forma geral se

dá ainda em instituições de cunho filantrópico e uma expansão em concursos públicos ou processos seletivos para compor equipes das secretarias de saúde dos municípios via implantação dos NASF (Núcleo de Atendimento à Saúde da Família). Importante notar que muitos estudantes continuam seu processo formativo por meio dos programas de aprimoramento e residência multiprofissionais.

O estudo dos currículos de outras universidades brasileiras evidenciou que estamos muito distantes de uma equidade entre conhecimentos de diferentes áreas, visando de fato a formação de um profissional generalista. Ainda reside uma formação assentada nas Ciências Biológicas e da Saúde, formação esta que ainda reproduz estruturalmente os currículos da década de 1960, além de que os cursos têm poucos docentes terapeutas ocupacionais, o que acarreta uma carga horária excessiva na graduação.

A consulta aos estudantes mostrou como resultado uma crítica à carga horária do eixo biológico em detrimento dos conhecimentos específicos à Terapia Ocupacional; à dificuldade de articular os conteúdos dos eixos comuns ao eixo específico; e conteúdo reduzido do eixo específico no início do curso.

Definiu-se assim um panorama nacional e internacional da profissão, como balizador de onde pretendia-se chegar, considerando-se a necessidade de revisar o currículo com base também nas características do corpo docente, para possibilitar mudanças condizentes com a realidade objetiva. Assim, na próxima etapa, percorreu-se um caminho de “olhar para dentro”, que está descrito adiante.

Etapa 2

Nesta etapa, verificaram-se as possibilidades de como proporcionar a construção do perfil generalista do egresso, a partir dos eixos de conhecimento delineados pelas DCN. Em 2014, o NDE aprofundou-se nos planos de ensino e no estudo da matriz, a partir dos critérios estabelecidos pela DCN e dos eixos de conhecimento, tendo em vista as competências desejadas.

a) Conhecimentos: “saberes”, o que o estudante precisa saber: verificado nas unidades curriculares por meio das ementas, agregando e redistribuindo conteúdos no sentido de sua maior integração, adequando estratégias de ensino e avaliação; b) Habilidades: “saber fazer”, o que fazer: verificado na carga horária prática, nos programas de estágio, nas atividades complementares ofertadas e nos projetos de extensão; c) Atitudes: “saber ser e conviver”, como fazer: verificado nas estratégias de ensino, tais como “aprendizagem por modelo”, experimentação, laboratórios; nas estratégias de avaliação dos módulos e em discussões sobre como o professor lida com os elementos do projeto pedagógico do curso e como avalia sua prática, considerando o processo de ensino e aprendizagem.

Assim, o projeto pedagógico passou a ser avaliado e composto a partir dos seguintes aspectos: o perfil do egresso, a matriz curricular, a estrutura institucional, as experiências práticas, as inserções nos campos em relação direta com serviços e usuários, o diálogo com outras profissões e as atividades complementares.

Em 2014 e 2015, o curso de Terapia Ocupacional produziu três maratonas pedagógicas com a presença de estudantes, docentes e técnicos, com o intuito de analisar a matriz a partir dos aspectos recém-citados.

Como resultado dessa etapa, foi possível perceber lacunas, sobreposições de conteúdos e módulos que não precisavam continuar na matriz curricular obrigatória, passando a ser oferecidos como módulos eletivos.

Etapa 3

Em paralelo a esse trabalho, o *campus*, em um trabalho coletivo, reuniu os coordenadores de todos os cursos e eixos, representantes discentes e docentes para realizar a revisão das matrizes dos eixos comuns. Foram desenvolvidas cinco grandes oficinas nas quais esses eixos comuns apresentavam sua história no *campus*, suas diretrizes e, a partir das demandas dos eixos específicos, as mudanças possíveis e comuns a todos.

Nesse sentido, os seis cursos – Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional – trabalharam do mesmo modo: participando das oficinas dos eixos comuns e promovendo discussões em seus cursos para rever o eixo específico de cada um.

Partir do comum para chegar ao específico foi uma opção metodológica do *campus* a fim de garantir que os princípios do projeto pedagógico fossem mantidos e reafirmados; e de romper com a dicotomia sobre conteúdos básicos e específicos presentes em projetos pedagógicos tradicionais. Essa articulação entre os eixos comuns e o específico permitiu fazer uma nova leitura dos módulos em relação aos conteúdos, carga horária e diálogo entre eixos e módulos.

Apesar da complexidade do processo, foi possível compreender sua potência ao fortalecer os princípios do projeto pedagógico, afirmando a importância de privilegiar os eixos comuns na revisão da matriz curricular.

Resultado da revisão

Como resultado desse processo, houve a redução de carga horária de 4520 horas para 4320 horas, o que equivale a 5% do total da carga horária da antiga matriz, sendo que a redução mais acentuada foi realizada no primeiro e quarto ano por diferentes motivos.

No primeiro ano, acolheu-se a demanda, em especial, proveniente dos estudantes que consideravam a carga horária do eixo comum biológico excessiva em detrimento do reduzido conteúdo do eixo específico de Terapia Ocupacional. Na análise realizada, foi possível detectar que havia um distanciamento dos estudantes de primeiro ano em relação aos conteúdos e docentes do eixo específico, o que implicava em um número crescente de evasões.

O acúmulo de módulos dos eixos comuns abria uma lacuna sobre o conhecimento específico da profissão e revelou que ainda estávamos reproduzindo a dicotomia comum nos currículos tradicionais e disciplinares: disciplinas básicas e específicas. Tal fato gerava no estudante angústia e dificuldade em entender os princípios do curso que havia escolhido. Dessa forma, priorizou-se alocar nos termos iniciais mais módulos específicos de Terapia Ocupacional e distribuir o conteúdo do eixo biológico em outros semestres, com menor carga horária no início e prolongando-se até o fim do segundo ano.

Outra questão refere-se à diminuição da carga horária no último ano, dedicado às práticas profissionalizantes em Terapia Ocupacional. Os estudantes realizavam mil horas de atividades práticas, como preconiza a Organização Mundial de Terapeutas Ocupacionais²², concentradas neste ano, o que demonstrou ser excessivo. Na revisão foram mantidas mil horas de atividades práticas, porém distribuídas e somadas às atividades realizadas no eixo comum “Trabalho em saúde”, que envolvem ações nos territórios e com comunidades. Além disso, foi criado, no terceiro ano, um módulo específico para atividade prática em Terapia Ocupacional, o que possibilitou reduzirmos a carga horária do estágio, adensando-o.

Na antiga configuração o estudante estagiava no quarto ano, em quatro campos de estágio com 250 horas cada um, o que significava cerca de 15 horas semanais em cada campo, dois por semestre. Na atual matriz, ele ficará em dois campos, um em cada semestre, com 360 horas, o que significará 20 horas semanais em cada um dos campos.

Dessa maneira, espera-se maior envolvimento dos estudantes com cada campo de estágio, com aprofundamento dos conteúdos teóricos e técnicos e uma melhor compreensão das dinâmicas institucionais. A criação de um módulo de práticas específicas no terceiro ano contemplou a necessidade de vivências em campo que eram demandadas pelos módulos que abordam as estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional.

Na nova matriz, a organização dos três eixos comuns e um específico foi mantida. Contudo, o eixo específico de Terapia Ocupacional foi reorganizado em três outros núcleos que acompanharão toda a formação do aluno: “Núcleo de fundamentos e recursos”, “Núcleo das práticas” e “Núcleo de produção de conhecimento”. Dessa forma, segue a antiga e a nova distribuição da carga horária no currículo (gráficos 1 e 2).

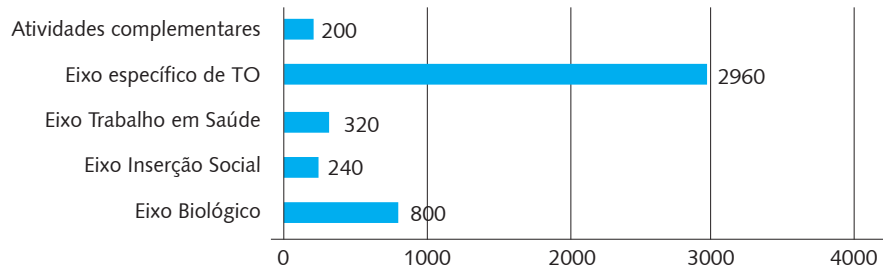


Gráfico 1. Antiga distribuição da carga horária dos eixos comuns e específicos

Fonte: Unifesp, 2015²³.

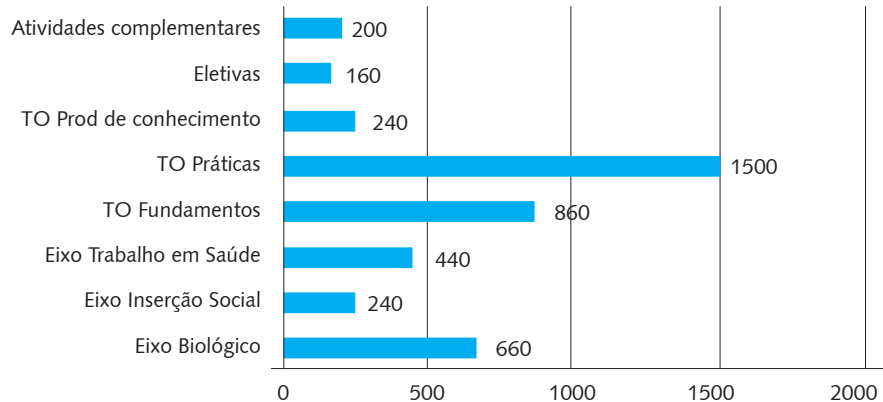


Gráfico 2. Nova distribuição da carga horária dos eixos comuns e específico

Fonte: Unifesp, 2015²³.

Nos gráficos 1 e 2, fica evidente a desigualdade de carga horária entre os eixos comuns e, que apesar da reformulação, ainda temos uma proposta curricular com uma carga horária expressiva em relação às Ciências Biológicas e da Saúde. Esse perfil de formação não se restringe à Unifesp, como bem demonstrou Pan²¹. Essa desproporcionalidade é comum a muitos outros projetos políticos e pedagógicos de cursos de Terapia Ocupacional das universidades públicas brasileiras. Para essa autora, enquanto retórica da categoria profissional, reproduzimos discursivamente a máxima que queremos superar o modelo biomédico hegemônico; contudo, continuamos na prática da formação profissional destinando boa parte da carga horária dos currículos para esse tipo de conteúdo.

No estudo realizado pelo Núcleo Docente Estruturante do curso, confirmaram-se as críticas à ênfase nos aspectos biológicos em detrimento de uma visão mais ampla e contextual das populações-alvo, das instituições e das micro e macro políticas que constituem o campo de atuação dos terapeutas ocupacionais.

No processo de revisão da matriz, foi possível observar disputas que apareciam em torno das cargas horárias das disciplinas, dos conteúdos e das metodologias, revelando um campo de forças. Cada curso, a partir da maneira como a profissão é vista por seus componentes e, portanto, das opções que faz sobre o perfil do egresso, fazia suas demandas para os eixos comuns.

Os eixos, por outro lado, respondiam também a partir da posição que querem ocupar na estrutura universitária. No caso do curso de Terapia Ocupacional, a redução da carga horária do eixo biológico solicitada, que possibilitaria a inclusão e aprofundamento de temáticas consideradas mais relevantes pelo conjunto de docentes e estudantes, foi de apenas 140 horas.

Outro aspecto relevante é a mensagem contraditória que está inscrita nessa desproporção. Por um lado, os PPP do *campus* e do curso, alinhando-se às DCN, utilizam um conceito de saúde ampliado; por outro lado, colocam o estudante obrigatoriamente em contato com conteúdos que afirmam que saúde, além de ser o oposto da doença, é prioritariamente causada por uma disfunção orgânica. Essa questão permanece na nova matriz e deverá ser revisitada na próxima reformulação curricular com maior ênfase.

No eixo “Aproximação à prática específica do terapeuta ocupacional”, houve tanto a possibilidade de mudança de localização de módulos que tratavam de temas correlatos e que se encontravam em termos diferentes quanto a aproximação de conteúdos dentro de um mesmo termo.

O colegiado de curso, composto de todos os docentes do eixo específico e de representantes de alunos e dos eixos comuns, reviu os planos de ensino para que os conteúdos não fossem repetidos, mas sim articulados. Como exemplo, temos, no sexto termo, módulos voltados ao campo da infância e adolescência; no quinto termo, módulos voltados a adultos e idosos e, no quarto termo, as atividades teórico-práticas que envolvem a temática do corpo e dos grupos. Obviamente, nos módulos oferecidos pelos eixos comuns, há menos autonomia para mudanças, pois há que se encontrar um mínimo denominador que atenda a todos os cursos. Essa restrição, no entanto, é compensada pela experiência relevante da educação interprofissional, verificada tanto no estudo bibliográfico quanto nas pesquisas realizadas no *campus*²⁰.

Com relação à flexibilização curricular, nota-se, no Gráfico 2, a existência de uma carga horária (160 horas) destinada aos módulos eletivos, sendo que os estudantes poderão optar por cursá-los em outros *campi* ou em outros cursos, além dos ofertados pelos próprios professores do curso que aprofundam determinadas temáticas não contempladas na matriz curricular; por exemplo, “Juventudes: vulnerabilidades e marcadores sociais da diferença”; “Saúde mental infantil”, “Biomecânica”, “Fundamentos biológicos do adoecimento humano”; etc. A possibilidade de cursar módulos eletivos vai ao encontro de uma perspectiva de flexibilização do currículo, na qual o aluno pode investir em uma formação mais singular e que responda seus próprios anseios. Ademais, os módulos eletivos também estimulam os docentes a serem mais criativos e a encontrarem mais espaço para tratar os assuntos nos quais estão envolvidos no âmbito da pesquisa e da extensão na universidade.

Considerações finais

A revisão da matriz curricular de um curso geralmente é um processo árduo e complexo. No nosso caso, esta foi feita em conjunto com outros cinco cursos, com o envolvimento de três eixos comuns, o que acrescenta inúmeros desafios. Cada necessidade ou desejo de alteração teve que ser discutido com todos os parceiros, pois repercutiam na organização de cada curso, não apenas nas cargas horárias, mas principalmente nas diversas visões de mundo, de ser humano e de ciência das outras profissões. O processo foi desafiador, com intensas negociações, e resultou em uma matriz curricular que mantém e preserva sua identidade e a singularidade da formação interprofissional e interdisciplinar, avançando naquilo que é específico e constitutivo da Terapia Ocupacional.

Optou-se como metodologia de trabalho focalizar em primeiro lugar o “olhar para fora”, ou seja, analisar os movimentos globais e locais da Terapia Ocupacional para que, em um segundo momento, pudéssemos “olhar para dentro”, ou seja, analisar a nossa matriz curricular, considerando a nossa realidade e o dinamismo presente nas diversas dimensões da realidade.

O relato desse processo, bem como as questões explicitadas, faz parte do que se tem enfrentado cotidianamente e compreendemos que a revisão curricular é um processo contínuo quando se toma como centralidade a necessidade de formar um profissional que possa fortalecer o campo da assistência e da produção de conhecimento da Terapia Ocupacional no Brasil e no mundo, bem como o campo da elaboração e da efetivação das políticas públicas brasileiras.

Por fim, compreende-se que compartilhar o processo é revisitar os impasses e reconhecer as potências. Impasses que demonstram as linhas de força que atuam na construção das matrizes curriculares, que não são neutras e revelam as opções ideológicas de um conjunto não homogêneo de atores. Potências quando o processo de revisão é realizado coletivamente com espaços para conversa, discussão e negociação.

Esse processo, no caso apresentado, contribuiu para explicitar e transformar posições, implicando em aprendizado de todos. Compartilhar também é poder falar de um caminho que possa inspirar revisões em outras universidades, considerando que desde 2006 houve um incremento significativo de vagas em novos cursos de Terapia Ocupacional de caráter público no Brasil, em resposta ao Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais, o REUNI. Assim, transcorridos cerca de dez anos, espera-se que muitos cursos estejam realizando revisões em suas matrizes curriculares a partir da experiência acumulada neste tempo, processo para o qual este artigo pretende contribuir.

Colaboradores

Todas as autoras participaram da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho sob a coordenação da primeira e da última autora.

Referências

1. Santos BS. A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da universidade. 3a ed. São Paulo: Cortez; 2011.
2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica em Saúde (EducaSaúde). Curso de Especialização em Docência na Saúde: currículo, inovações educacionais e prática docente em Saúde [Internet]. Porto Alegre: UFRGS/EducaSaúde, 2014 [citado 28 Nov 2014] Disponível em: <https://www.ufrgs.br/educasaude/docencia/>.
3. Diretrizes Curriculares Nacionais. Resolução CNE/CES 6/2002. Diário Oficial da União. 4 Mar 2002. Seção 1, p. 12.
4. Presidência da República (BR). Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 19 Set 1990.
5. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (BR). SUAS: Sistema Único de Assistência Social. Brasília: Secretaria Nacional de Assistência Social; 2009.
6. Presidência da República (BR). Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União. 23 Dez 1996.

7. Ministério da Educação (BR). Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva. Brasília; 2008.
8. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5):1400-10.
9. Barba PCSD, Silva RF, Joaquim RHVT, Brito CMD. Formação inovadora em terapia ocupacional. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(42):829-42.
10. Furlan PG, Campos IO, Meneses KPV, Ribeiro HM, Rodrigues LMM. A formação profissional de terapeutas ocupacionais e o curso de graduação da Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia. *Cad Ter Ocup*. 2014; 22(1):109-19.
11. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ Saude*. 2008; 6(3):443-56.
12. Braid LMC, Machado MFAS, Aranha AC. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. *Interface (Botucatu)*. 2012; 16(42):679-92.
13. Silva EVM, Oliveira MS, Silva SF, Lima VV. A formação de profissionais de saúde em sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. Brasília: Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde; 2008 [citado 14 Abr 2015]. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/formacao/profissionais/2008>.
14. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2005; 9(17):369-79.
15. Santos WS. Organização curricular baseada em competência na educação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(1):86-92.
16. Malfitano APS. Campos e núcleos de intervenção na terapia ocupacional social. *Rev Ter Ocup*. 2005; 16(1):1-8.
17. Batista NA. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Cad FNEPAS*. 2012; 2:25-8.
18. Henz AO, Garcia ML, Costa SL, Maximino VS. Trabalho entreprofissional: acerca do comum e a cerca do específico. In: Capozzolo AA, Casetto SJ, Henz AO. Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.
19. Mitre SM, Siqueira-Batista R, Girardi-de-Mendonça JM, Morais-Pinto NM, Meirelles CAB, Pinto-Porto C, et al. Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13 Supl 2:2133-44.
20. Rossit RAS, Batista SH, Batista NA. Análise de um projeto de educação interprofissional na formação em saúde: percepção de egressos. *Espaç Saude*. 2014; 15:381-6.
21. Pan LC. Políticas de ensino superior, graduação em terapia ocupacional e o ensino de terapia ocupacional social no Brasil [dissertação]. São Carlos (SP): Universidade Federal de São Carlos; 2014.
22. World Federation of Occupational Therapy WFOT [Internet]. Revised minimum standards for the education of occupational therapists – second version. 2002 [citado 14 Aug 2012]. Disponível em: <http://www.wfot.org.au>.
23. Universidade Federal de São Paulo. Projeto Político-Pedagógico do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2015 [citado 26 Set 2016]. Disponível em: http://www.unifesp.br/campus/san7/images/pdfs/ceg/PPC%20versao%20final_terapia%20ocupacional.pdf.

Jurdi APS, Nicolau SM, Figueiredo LRU, Rossit RAS, Maximino VS, Borba PLO. Revisitar procesos: revisión de la matriz curricular del curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Paulo. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):527-38.

Este artículo relata el proceso de la revisión de matriz curricular del Curso de Terapia Ocupacional de la Universidad Federal de São Paulo en el período de 2012 a 2014. Fueron cuatro etapas y como resultado se han establecido 4.320 horas distribuidas durante cuatro años en período completo, destacándose los siguientes aspectos: disminución de la carga horaria total, cambios en las actividades prácticas en Terapia Ocupacional, flexibilización curricular con introducción de módulos electivos, mayor articulación entre ejes y módulos y fortalecimiento del área de Fundamentos e Investigación en Terapia Ocupacional. El proceso trajo diversas cuestiones enfrentadas en el cotidiano institucional y demostró que la reformulación curricular forma parte de un proceso continuo cuando el conjunto de los actores participantes expresa dudas y preguntas sobre una formación destinada al fortalecimiento de una Terapia Ocupacional enfocada en las políticas públicas brasileñas.

Palabras clave: Enseñanza superior. Terapia Ocupacional. Currículo.

Submetido em 05/10/16. Aprovado em 02/04/17.

Identidade do sanitarista no Brasil:

percepções de estudantes e egressos de cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva

Vinício Oliveira da Silva^(a)
Isabela Cardoso de Matos Pinto^(b)

Silva VO, Pinto ICM. The identity of the Public Health professional in Brazil: perceptions of Public and Collective Health students and graduates of undergraduate courses. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):539-50.

The emergence of Collective Health undergraduate courses in Brazil has called into question the degree of diversity in processes that give legitimacy to professional practice and push for recognition of the identity of the “new” Public Health professional. The objective of this study was to analyze the identity of Public Health professionals based on their formation in Public and Collective Health undergraduate courses in Brazil. This is an exploratory, qualitative study, carried out by means of focus group. Dubar’s subjective trajectories, logics of mobility and identity forms was used as a theoretical framework. Although most participants have no previous interest in working with Collective Health, their affinities are revealed by the way in which they define themselves, an element that supports the social construction of professional identities. Subjects and identities become part of the discursive output of many utterances, characterized by a vision of the political and social dimensions and the values that are inherent to medical practice in that field.

Keywords: Collective Health. Human resources in Health. Professional identity. Professional education.

A emergência dos cursos de graduação em Saúde Coletiva no Brasil tem colocado em pauta a diversidade de processos que conferem legitimidade à atuação profissional e implicam o reconhecimento da identidade do “novo” sanitarista. Este estudo teve como objetivo analisar a identidade do sanitarista a partir da formação nos cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva no Brasil. Trata-se de estudo exploratório, de natureza qualitativa, com realização de grupo focal. Adotou-se o referencial teórico-metodológico de Dubar - Trajetórias subjetivas, lógicas de mobilidade e formas identitárias. Embora a maioria não tivesse interesse prévio de inserção na Saúde Coletiva, a maneira como se define revela afinidades – elemento favorável à construção social de identidade profissional. Sujeitos e identidades passam a fazer parte da produção discursiva de inúmeros enunciados, caracterizados por uma visão da dimensão político-social e dos valores inerentes à prática nesse campo.

Palavras-chave: Saúde Coletiva. Recursos humanos em Saúde. Identidade profissional. Formação profissional.

^(a,b) Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Rua Basílio da Gama, s/n, Canela. Salvador, BA, Brasil. 40110-040. vinicio_oliveira@hotmail.com; isabela@ufba.br

Introdução

Nas últimas décadas, as transformações sociais produziram impactos significativos nas esferas do trabalho e emprego. Nesse contexto, as políticas educacionais, com o objetivo de dar conta das necessidades sociais e da complexidade do mundo contemporâneo, seja em nível global, seja em contextos sociais específicos, têm dado espaço ao surgimento de novos modelos de formação, bem como de novas profissões.

Considerando a interface entre a educação e o mundo do trabalho – seja na reconfiguração das práticas ou na necessidade de novos perfis profissionais –, a formação ocupa papel central no processo de socialização e (re)construção das identidades sociais e profissionais. Os vínculos emprego-formação se reforçaram historicamente no cerne dos processos identitários. As formas de construção das categorias sociais a partir das esferas do trabalho, do emprego e da formação constituem áreas pertinentes das identificações sociais dos próprios indivíduos nos respectivos campos de atuação¹.

No Brasil, o espaço da Saúde Coletiva, enquanto espaço multiprofissional e interdisciplinar², tem se preocupado amplamente com a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) e dado importância à necessidade de formar profissionais qualificados para a transformação das práticas e mobilizados politicamente para a mudança de modelos de atenção, como propõe esse campo^{2,3}.

No âmbito da formação em saúde, desde a criação do SUS, investimentos foram registrados nas modalidades pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, nas quais se observaram, respectivamente, vários cursos para a qualificação dos processos de trabalho em saúde e o crescimento dos programas de pós-graduação em Saúde Coletiva. Além disso, mais recentemente, verificou-se a criação de cursos de graduação em Saúde Coletiva. Esse cenário foi responsável pela expansão, heterogeneidade e diversidade de cursos nesse campo.

A graduação em Saúde Coletiva é tributária da construção do campo da Saúde Coletiva no Brasil e da sua vinculação à Reforma Sanitária Brasileira e ao SUS, que se constituem como base argumentativa para a implantação dos referidos cursos^{2,3}. Atualmente, são 21 cursos de graduação na área da Saúde Pública/Coletiva, considerando suas distintas nomenclaturas, implantados em universidades brasileiras. Com o gradativo processo de implantação, a partir do ano de 2008, as primeiras turmas de sanitaristas concluíram a graduação no ano de 2012⁴.

Esses cursos se configuram como a mais nova iniciativa no campo da formação em Saúde Coletiva. Nasceram de um longo processo de amadurecimento teórico e metodológico da área, fruto da longa experiência de ensino nos diversos cursos de graduação da saúde e da tradição da pós-graduação *lato* e *stricto sensu*, formando há mais de quarenta anos sanitaristas para o Sistema de Saúde. Surgiram como uma ideia em função do desenvolvimento da Saúde Coletiva, enquanto campo de saberes e práticas, distinto da Saúde Pública institucionalizada, e transformaram-se em um projeto que identificava a necessidade de formar novos sujeitos, individuais e coletivos, transformadores e comprometidos com a Reforma Sanitária Brasileira e com a implementação do SUS, a partir de um corpo de conhecimentos e práticas que pudessem ser assimilados desde a graduação^{3,5}.

A graduação em Saúde Coletiva pretende superar as práticas e identidades profissionais tradicionais da Saúde Pública, apontando com mais clareza para uma formação interdisciplinar, com ênfase nas noções de direito à saúde, cidadania e emancipação dos sujeitos, sendo o egresso desses cursos um profissional com formação generalista, humanista crítica e reflexiva, qualificado para o exercício das práticas que compõem o campo da Saúde Coletiva e fundamentado nos saberes provenientes da Epidemiologia, da Política, Planejamento, Gestão e Avaliação em saúde e das Ciências Sociais e Humanas em Saúde⁴.

Vários autores^{1,6-8} apontam que a concepção de identidade é diversa e imprecisa. Sua construção se dá a partir de representações individuais e subjetivas dos sujeitos, que implica em uma construção conjunta de dupla face entre o individual e o coletivo. Para Dubar¹, a identidade é “o resultado a um só tempo estável e provisório, individual e coletivo, subjetivo e objetivo, biográfico e estrutural, dos diversos processos de socialização que, conjuntamente, constroem os indivíduos e definem as instituições” (p. 36). Tais pressupostos apontam, portanto, para a necessidade de considerar o contexto em que os profissionais estão inseridos, a finalidade e a direcionalidade de suas práticas, bem como a

formação e trajetória desses atores na construção/reconstrução da identidade.

No que se refere à produção científica sobre a identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil, os estudos são escassos na literatura e tratam, em geral, da inserção de atores das distintas categorias profissionais no campo da Saúde Coletiva. Esses profissionais passam por dificuldades no rompimento de paradigmas, o que ocasiona uma “crise de identidade” ao implicar na reconstrução ou transformação da identidade, a partir de sua trajetória e prática profissional e das relações envolvidas nesse processo⁹.

Entre os estudos encontrados na literatura sobre a graduação em Saúde Coletiva, identifica-se nas diversas abordagens a lacuna existente em relação ao objeto do presente trabalho, que consiste na novidade da graduação como inovação na preparação de profissionais de saúde¹⁰; a graduação antecipando a formação do sanitarista¹¹; limites e possibilidades da graduação como estratégia de formação profissional³; a visão dos coordenadores sobre a implantação dos cursos no Brasil¹²; perfil sociodemográfico dos estudantes no Brasil¹³; a graduação e suas conquistas e passos para além do sanitarismo⁵; o que se pode alcançar com a graduação no Brasil¹⁴; a graduação preenchendo lacunas e formando competências para o SUS¹⁵; quem são os novos sanitaristas e qual seu papel¹⁶; a graduação e a construção de cenários práticos¹⁷; o que pode fazer uma bacharel em Saúde Coletiva e a arte de pesquisar como prática de promoção da saúde¹⁸; a percepção do graduando sobre o estágio supervisionado¹⁹; a implementação do curso na Universidade Federal da Bahia²⁰; perspectivas, opiniões e críticas dos graduandos sobre os cursos²¹; e o bacharel em Saúde Coletiva e o mundo do trabalho⁴.

Diante do exposto e reconhecendo a importância de tomar como categoria de análise a identidade profissional nessa área, o presente artigo tem como objetivo analisar a identidade do sanitarista a partir da formação nos cursos de Graduação em Saúde Pública/Coletiva no Brasil.

Desenho de estudo, procedimentos para produção dos dados e plano de análise

Foi realizado um estudo exploratório, de natureza qualitativa sobre as percepções dos estudantes dos cursos de graduação em Saúde Coletiva ou similares^(c) acerca da identidade do sanitarista no Brasil. Tomou-se como referência a teoria da construção das identidades sociais e profissionais de Claude Dubar¹. Segundo esse autor, a construção das identidades sociais e profissionais é composta por três campos essenciais que definem a identidade profissional: o mundo vivido do “trabalho”, a “trajetória” socioprofissional e, principalmente, os movimentos de “emprego” e a relação dos profissionais com a “formação”, especialmente a maneira como aprenderam o trabalho que realizam ou realizarão.

A produção dos dados envolveu a realização de grupo focal que aconteceu no âmbito da VII Reunião do Fórum Nacional de Graduação em Saúde Coletiva, com a participação de 16 sujeitos, entre estudantes de diferentes semestres e egressos dos cursos de graduação em Saúde Pública/Saúde Coletiva das universidades brasileiras, que compõem/compuseram a representação estudantil dos seus respectivos cursos de origem.

O grupo focal foi dividido em dois momentos, com a participação dos mesmos sujeitos: o primeiro contemplou questões geradoras acerca das motivações para inserção na graduação em Saúde Pública/Saúde Coletiva e sobre suas experiências e trajetória no curso; compreensões sobre a formação

^(c) Serão considerados cursos similares àqueles que foram criados no contexto do Reuni e possuem nomenclaturas distintas da Saúde Coletiva e que tenham como justificativa a formação de sanitaristas, com perfil adequado ao SUS. Nesse caso, Castellanos et al.¹³ apontam distintas nomenclaturas nessa situação: Bacharelado em Saúde Coletiva (UFAC, UEA, UFBA, UFMT, UNIFESSPA, UPE, UFPE, ASCES, UFPR, Unila, UFRJ, UFRGS); Gestão em Saúde Coletiva (UNB); Gestão em Saúde (UNB, UFCSA); Gestão em Saúde Ambiental (UFU); Gestão em Sistemas e Serviços de Saúde (UFRN); Gestão em Saúde Coletiva Indígena (UFRR); Bacharelado em Saúde Pública (USP); Gestão de Serviços de Saúde (UFMG); Gestão em Saúde Humana e Ambiental (FMABC).

do sanitарista; e debate enquanto liderança sobre a formação do sanitарista. O segundo contemplou questões geradoras acerca das concepções sobre Saúde Pública e Saúde Coletiva; percepções sobre as possibilidades de emprego, mercado de trabalho; e possibilidades de profissionalização.

Os discursos e interações dos dois momentos do grupo focal foram gravados e posteriormente transcritos. As informações foram sistematizadas em planilha no Excel. Após a análise e sistematização das informações, emergiram três categorias: 1 – A inserção no curso/motivações; 2 – A formação em Saúde Pública/Coletiva; e 3 – Movimentos de emprego, mercado de trabalho e possibilidades de profissionalização.

A análise de conteúdo tomou como referência as orientações teórico-metodológicas de Dubar^{1,22}, que, amparado na teoria sobre construção de identidades profissionais, propõe como ponto de partida os relatos do próprio percurso dos indivíduos. Esse modelo empírico no tratamento da identidade é denominado “Trajetórias subjetivas, lógicas de mobilidade e formas identitárias”. A hipótese central desse modelo é a de que quando o ator, em uma situação focalizada em si, coloca seu percurso em palavras, permite a construção linguística de uma ordem categorial do discurso biográfico e lhe confere significado social.

De acordo com Dubar²²: “[...] tomar a sério falar sobre si mesmo vindo de um sujeito incitado ‘a se narrar’ e entrando num diálogo, verdadeiro ‘exercício espiritual’, com um pesquisador capacitado para escutar, talvez constitua uma condição *sine qua non* para um uso sociológico da noção de identidade” (p. 14).

Considerando a subjetividade do conceito de identidade e a amplitude dos campos que a constituem, este artigo tratará da identidade do sanitарista no Brasil, na perspectiva da formação – um dos três campos implicados com a construção das identidades sociais e profissionais –, envolvendo duas categorias: 1) A inserção no curso/motivações; e 2) A formação em Saúde Pública/Coletiva.

O estudo foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, sendo observadas as recomendações e normas do Conep – Resolução CNS 466/12 a respeito de pesquisas que envolvem seres humanos.

Resultados e discussão

A inserção nos cursos/motivações

Diversos fatores levaram os estudantes para os cursos de graduação em Saúde Pública/Coletiva, a saber: as experiências com o trabalho nos serviços de saúde, as vivências em outras graduações de saúde, a realidade social e também a influência familiar. A maioria dos entrevistados não tinha intenção prévia de inserção nos cursos. Dentre as motivações, destaca-se a experiência prévia com o trabalho. Nesse caso, eram profissionais com outras formações, que trabalharam em secretarias municipais de saúde e, ao se envolverem com as práticas no âmbito do SUS, obtiveram influências de profissionais de saúde e tiveram seus interesses pela Saúde Coletiva despertados.

[...] Sou formada em administração e ciências contábeis e quando eu estava sendo diretora administrativa de um posto da periferia, aquela experiência mexeu demais comigo [...] mas eu estava em um lugar em que eu não entendia absolutamente nada sobre o que as pessoas faziam ali, sobre a saúde, [...] e eu me dei conta que eu não estava preparada pra assumir aquele posto [...] de grande complexidade [...]. Eu fui pra UFRGS, mediante o reingresso de curso superior, aí eu procurei a Saúde Coletiva que era uma coisa que, pelo currículo que eu verifiquei que era uma coisa que poderia dar conta daquelas coisas [...]. (P14)

Esses elementos evidenciam a construção de uma identidade, a partir dos processos de socialização, influenciados tanto por fatores profissionais quanto pelas formas típicas de suas trajetórias individuais, de mundos sociais e sistemas de práticas¹. Nesse sentido, observa-se que a escolha desse grupo pelo curso foi motivada, principalmente, pelas suas experiências prévias com processos formativos em outras áreas e com o trabalho que desenvolviam, incorporando símbolos e significados à sua trajetória e que,

ao se inserirem nesse campo, revelam transformações identitárias na relação entre o mundo vivido do trabalho e a busca pela formação profissional visada.

A formação se tornou cada vez mais valorizada não apenas para o acesso aos empregos, mas também em suas trajetórias. Se o emprego é cada vez mais fundamental para os processos identitários, a formação está ligada a ele de maneira cada vez mais estreita. “Por acompanhar cada vez mais todas as dinâmicas do trabalho e do emprego, a formação intervém nas dinâmicas identitárias por muito tempo além do período escolar”¹ (p. XXVI-XXVII).

As motivações para escolha dos cursos, neste estudo, corroboram, de modo geral, os resultados do estudo de Castellanos et al.¹³, que identificou que, entre as motivações para a escolha dos cursos de graduação em Saúde Coletiva, cerca de 45,7% foram de ordem profissional, 35,2% de ordem pessoal e 14,8% de ordem socioeconômica. Tais achados, ao sugerirem interesses e escolhas predominantemente relacionadas aos movimentos de emprego e mercado de trabalho, apresentam-se de acordo com o pensamento de Dubar¹ no que diz respeito à centralidade do trabalho na vida das pessoas e na construção de suas identidades sociais e profissionais.

Ainda, entre as escolhas, verifica-se entre alguns que o desejo de se inserir no curso de medicina e o insucesso nessa escolha os levaram a cursar Saúde Coletiva, que representa as segunda e terceira opções no vestibular.

Eu não escolhi Saúde Coletiva, eu caí de paraquedas na Saúde Coletiva, era minha terceira opção no vestibular, a primeira era medicina, a segunda era medicina, a terceira era Saúde Coletiva, que foi o curso que achei interessante quando li a descrição de cursos novos, então achei legal, achei que tinha a ver com o que eu queria fazer dentro da medicina, mas eu não sabia o que era, então não quis colocar primeira opção, coloquei terceira, eu não sabia o que era, passei, porque a relação candidato-vaga foi muito baixa. (P6)

Observa-se que esse fenômeno também se faz presente em outras profissões da saúde. Entre os achados do estudo de Ojeda et al.²³, ao investigarem as motivações para o ingresso nos cursos de Enfermagem, Fisioterapia e Nutrição, verifica-se que a grande procura pela Medicina leva muitos candidatos a buscarem outras profissões da saúde como segunda opção – em sua maioria, a Medicina aparecia como primeira opção. Esses autores encontraram um arranjo de motivações formuladas no contexto familiar, nas representações sociais sobre as profissões e nas expectativas favoráveis sobre a entrada no mercado de trabalho.

Diferentemente das outras motivações para inserção, houve um desejo pessoal de inserção na Saúde Pública/Saúde Coletiva, construído desde sua infância, possivelmente tendo influências no âmbito familiar. Torna importante registrar que a entrada dessa estudante na área e sua formação como sanitarista foi antecipada pela recente implantação desses cursos no Brasil, dispensando assim a necessidade de se graduar para depois se inserir na área por meio dos cursos de pós-graduação.

Eu queria fazer Saúde Pública desde pequena, minha mãe é enfermeira, ela é defensora do SUS, então eu acompanhei isso por muito tempo, eu entrei no colégio querendo fazer isso e só tinha pós na USP e quando saiu a graduação eu chorei, que era o que eu queria, sabe? (P2)

Embora a maioria dos estudantes tenha relatado que não houve interesse prévio pela inserção na Saúde Coletiva, revelaram que ao longo de suas experiências e trajetórias no curso, por meio do processo de socialização, adquiriram pertencimento ao campo. Tais aspectos evidenciam o que, segundo Dubar¹, configura-se como um processo de construção e reconstrução de identidades na esfera da formação – quando os indivíduos aprendem a ser atores sociais e criam projeções sobre o mundo do trabalho, inserindo-se, dessa forma, nos movimentos de emprego.

[...] eu entrei no curso e eu não tive condição de sair mais, por que eu me apaixonei pelo curso, me apaixonei, me encantei e hoje eu sou totalmente envolvida, eu abandonei meu trabalho com um vínculo formal pra me dedicar exclusivamente ao curso, investir na formação, eu acho

que cada semestre eu sinto que foi a decisão acertada [...], a Saúde Coletiva me abriu também outra possibilidade de projeto de vida, né [...] a Saúde Coletiva, pra mim se apresenta hoje como um projeto de vida muito mais abrangente e é determinadamente o que eu quero pra minha vida. (P15)

No estudo de Castellanos et al.¹³, dentre as motivações profissionais para a inserção nesses cursos, identificou-se como principal motivação “trabalhar na área da saúde” seguida da motivação “contribuir para a Saúde Coletiva e com o SUS”. Entre as motivações pessoais, a maior parte dos respondentes apontou “gostar e/ou sentir afinidade com a área da saúde”, seguida de “curiosidade/interesse” ou “segunda opção do vestibular”.

Ao analisar as motivações para a inserção nos cursos, verifica-se que o processo de construção da identidade é resultante de inter-relações entre fenômenos, tanto individuais quanto coletivos, que envolvem significados a partir de sua interação. Portanto, esse processo tem relação com a trajetória pessoal dos sujeitos, de modo que suas escolhas passam a se constituir como identificação social.

A formação em Saúde Pública/Saúde Coletiva

As compreensões sobre a formação apresentaram-se de forma convergente entre os sujeitos da pesquisa. Embora acreditem que alguns cursos tenham foco predominante para a gestão dos serviços de saúde, demonstram clareza acerca da multiplicidade de espaços nos quais a prática do sanitarista pode ser desenvolvida e destacam a característica ampla dessa formação que possibilita a inserção em outros espaços, tanto na esfera governamental quanto no âmbito não governamental.

Eu compreendo que a formação, ela, parece, na verdade, no início pra gente, que uma das quase totalidades das possibilidades é gestão, mas eu acho que não é por aí, eu acho que a formação ela é mais ampla e essa é a discussão que a gente tem feito, que o profissional de Saúde Pública, Saúde Coletiva, ele trabalha não só em ambientes institucionais a título de saúde, da área de saúde, esses diversos espaços, mas também ele tem um papel importante em outros espaços, né, pensando na questão da integralidade, da universalidade, da equidade, até dos princípios do SUS [...] então pra mim é um campo amplo, realmente que a gente pode fazer, atuar em vários setores contribuindo direta ou indiretamente de forma significativa pra essa promoção da saúde, pra prevenção, o que acho que é também um desafio ao mesmo tempo. (P3)

Esses fragmentos corroboram com os resultados da pesquisa de Castellanos et al.¹³, visto que, ao consultar os projetos político-pedagógicos dos cursos, foram identificados dois enfoques principais, dados os objetivos e perfis dos egressos: de um lado, o enfoque específico em gestão e, de outro, o enfoque claro e abrangente na Saúde Coletiva, descrevendo saberes e áreas de atuação. Considerando esses aspectos, cabe destacar que, ao fim de um curso com currículo institucionalizado, é ofertado o diploma, que, por sua vez, constitui-se como burocratização de uma carreira. Ao estabelecer um escopo de práticas fundamentadas em um corpo sistemático de teoria e uma lógica de aprendizagem, a formação permite a aquisição de identidade profissional e reconhecimento social¹.

Ademais, foi relatado por muitos dos participantes que a formação do sanitarista tem compromisso com a formação de sujeitos políticos e sociais, capazes de transformar a realidade em que estão inseridos. Nessa direção, aparecem dois elementos centrais. O primeiro é o compromisso com a construção e transformação dos serviços de saúde, e o segundo, com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária Brasileira, apontando para uma definitiva práxis política. Apreende-se, dessa forma, que o processo de construção da identidade desses sanitaristas envolve os contextos histórico, social e político na significação de suas experiências e representações diante da posição que passam a ocupar.

[...] outra coisa que eu acho que difere muito das formações tradicionais de saúde, que assim, eu acho que vem caminhando nesse sentido, mas que a gente potencializa isso muito mais, que

a formação, né, de sujeitos implicados, de sujeitos políticos, esta formação buscando autonomia do sujeito, da emancipação dos sujeitos, eu acho que isso é possibilidade dentro da graduação em Saúde Coletiva, de forma mais intensa e que talvez nas outras formações isso ainda está meio que caminhando, isso parece pra mim muito forte, a formação do sujeito enquanto ator político, ator social. (P15)

A maneira como se definem e se apresentam revela que os sujeitos têm uma visão da dimensão político-social do seu papel na sociedade, expressando assim um compromisso com o social e com os valores inerentes à prática nesse campo. Esses são, certamente, atributos da identidade do sanitarista que vão ao encontro do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação em Saúde Pública/Saúde Coletiva no Brasil e das justificativas para o seu processo de implantação. Cabe destacar a influência institucional nas concepções identitárias, por serem predominantemente vinculadas a instituições que participaram ativamente do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e que vêm dando importantes contribuições para a construção do SUS.

Nos depoimentos, identifica-se concordância sobre o que é ser sanitarista, especialmente naquilo que corresponde à formação de sujeitos “epistêmicos e públicos” capazes de analisar a realidade social a partir de bases que constituem o campo da Saúde Coletiva, formando uma tríade: Epidemiologia; política, planejamento e gestão; e Ciências Sociais e Humanas em Saúde. Essa última foi apontada como um dos diferenciais da formação em relação aos demais cursos da área da Saúde que possibilita maior compreensão sobre o fenômeno saúde-doença-cuidado.

[...] eu acredito que a nossa formação, ela exige sim essa tríade né, que é epidemiologia, gestão, política e planejamento e as ciências sociais, mas principalmente o que nos difere é as ciências sociais né, por compreender o homem num fator macro, com um olhar mais holístico sobre a situação de saúde de uma determinada população ou de uma pessoa, eu acho que isso difere muito a nossa formação e nos faz não melhores, mas ter um potencial a mais que as outras profissões né, e nesse sentido acredito que a nossa formação é inovadora e transformadora social, porque nós nos tornamos não somente profissionais, mas militantes de um sistema que é o SUS [...], de uma causa que vem do movimento dos anos 1980 que é a Reforma Sanitária Brasileira, nós somos sujeitos dessa Reforma Sanitária Brasileira que é antiga, mas continua no processo, né. (P10)

As concepções dos estudantes e egressos sugerem direcionalidade para a formação de sujeitos políticos, transformadores da realidade social na perspectiva de uma prática que possa superar a Saúde Pública institucionalizada. Nesse sentido, corroboram o pensamento de Paim e Pinto⁵, que apontam que a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS requerem a constituição de sujeitos individuais e coletivos, considerando as teorias da ação disponíveis, capazes de recompor as práticas de Saúde Coletiva como uma utopia concreta, para além do sanitarismo.

Cabe considerar, de acordo com Dubar¹, que os modelos pedagógicos e a direcionalidade curricular dos processos formativos constituem-se em desafios identitários, por vezes legitimando formas identitárias e deslegitimando outras. Essa escolha de determinados conteúdos, em detrimento de outros, tem relação com os objetivos políticos das organizações que configuram os saberes na perspectiva do trabalho a ser desenvolvido pelos sujeitos que estão sendo formados. Tal questão suscita importante debate acerca da qualificação para o trabalho, especialmente no que diz respeito aos atributos específicos do sanitarista graduado e à sua reconstrução identitária que se dá na relação entre formação e mundo do trabalho.

Ao se considerar a diversidade de nomenclaturas adotadas pelos cursos e a necessidade de adoção de uma única terminologia que possibilitasse fortalecer o processo de reconhecimento dos cursos, os sujeitos da pesquisa problematizaram a construção da identidade do sanitarista no Brasil em torno de suas similaridades e/ou divergências, sobretudo em relação ao que se entende por Saúde Pública e Saúde Coletiva. No caso de um dos cursos, denominado “graduação em Saúde Pública”, considerou-se que a adoção dessa terminologia pela instituição trata-se apenas de uma questão histórica e do

reconhecimento internacional do termo, e que, apesar disso, a direcionalidade do processo formativo dos sujeitos compreende e reconhece o caráter abrangente da Saúde Coletiva, não redutível à Saúde Pública institucionalizada.

[...] às vezes parece também que o fato da nomenclatura ser Saúde Pública e não Saúde Coletiva está dado a algumas coisas que já foram criadas historicamente, que não é uma verdade a meu ver, então assim, a gente chama Saúde Pública por uma questão histórica da Faculdade de Saúde Pública que foi sim financiado pela Fundação Rockefeller, um modelo norte-americano de se fazer as coisas [...]. A nomenclatura não dá a forma e metodologia com que você trabalha e tem outra coisa que assim, parece que quando é Saúde Pública ela não incorpora questões mais atuais, como a questão de gênero, raça, etnia, esses debates, mas a graduação em Saúde Pública incorpora fortemente isso. A graduação em Saúde Pública da USP, ela fala fortemente da questão da importância da participação social, do controle social enquanto mecanismos, dispositivos de produção de cuidado da atenção integral, universal e equânime, então assim, a gente trabalha muito a questão do SUS, então eu acho que não está dado o fato de ter um nome ou outro, mas também acho que tem essa diferença que, dependendo da forma como o profissional se oriente teoricamente, ele tem uma tática diferenciada, né, porque essa prática ela vai dialogar muito forte com seus paradigmas, com o que você entende disso. (P3)

Houve consenso que Saúde Pública e Saúde Coletiva não são sinônimos, sendo a Saúde Coletiva distinta da Saúde Pública convencional. Esses resultados estão em consonância com Paim e Pinto⁵, ao sugerirem que “o trabalho do profissional de Saúde Coletiva apresenta dimensões técnica, econômica, política e ideológica radicais em valores de solidariedade, emancipação, igualdade, justiça e democracia, distintos da Saúde Pública subalterna aos centros hegemônicos” (p. 13).

Saúde Pública me remete àquela história mesmo das origens da Saúde Coletiva que era uma coisa mais institucionalizada, mesmo, e eu já vejo a Saúde Coletiva para além da saúde no serviço público, por exemplo, ou daquela forma que vinha sendo feita ao longo dos anos, do século passado, do século XX, e acho que a Saúde Coletiva extrapola isso, extrapola o setor saúde. (P15)

No que tange à identidade na Saúde Coletiva, nem sempre há preocupação de distingui-la da Saúde Pública. Ainda, se por um lado observa-se que diversas instituições e programas de pós-graduação e graduação pertencentes à área da Saúde Coletiva têm nomes diferentes – como Instituto de Medicina Social, Departamento de Medicina Preventiva, Escola Nacional de Saúde Pública, Mestrado em Saúde Comunitária ou Instituto de Saúde Coletiva² –, por outro lado, verifica-se igualmente uma série de denominações para esses cursos de graduação.

Embora seja compreendido pelos estudantes e egressos que a distinção entre Saúde Coletiva e Saúde Pública não seja apenas uma questão de nomes, a denominação Saúde Coletiva ainda é vista como um desafio para o reconhecimento social do seu objeto de atuação profissional. Diante disso, o termo “Saúde Pública”, por ser tradicional e/ou reconhecido, em algumas situações é utilizado como sinônimo de Saúde Coletiva para explicar aos que estão fora desse campo do que se trata o seu processo formativo e suas práticas.

Não, e engraçado, eu estava experimentando, eu faço Saúde Coletiva e Saúde Pública. Aí falava Saúde Coletiva pra um e Saúde Pública pro outro, Coletiva a pessoa ficava assim “que diabos é isso, velho?” e já Saúde Pública a pessoa “O SUS né? Ahh eu sei como é que é”. (P9)

Entre os resultados da pesquisa de Paim²⁴, as concepções sobre Saúde Coletiva e Saúde Pública revelam elementos que tanto convergem quanto divergem dos achados do presente estudo. No que tange às convergências, identifica-se: crítica ao enfoque disciplinar e registro do caráter amplo do

pensamento em Saúde Coletiva; elementos sugerindo a Saúde Coletiva como um campo científico em construção e âmbito de práticas sociais; relatos que apontam certa proximidade entre a Saúde Coletiva e a Reforma Sanitária Brasileira; crenças sobre a sobreposição, pura e simples, da Saúde Coletiva com a Saúde Pública, ou mera expansão e desenvolvimento desta; e vinculação da Saúde Coletiva com a prática política. Em relação às divergências, apesar das reflexões teóricas, conceituais e epistemológicas sobre Saúde Coletiva, vários entrevistados no estudo de Paim²⁴ persistiram admitindo a Saúde Coletiva e a Saúde Pública como sinônimos.

A partir das concepções sobre Saúde Pública e Saúde Coletiva, é possível identificar no processo de reconstrução da identidade do sanitarista a interface entre dois processos denominados, segundo Dubar¹, “atribuição” e “pertencimento”. Atos de atribuição, ou seja, a identidade para o outro (quem o outro diz que eu sou, a identidade que o outro me atribui), nessa perspectiva, referem-se aos que visam definir “que tipo de profissional o outro é (da Saúde Pública ou da Saúde Coletiva)”. Os atos de pertencimento dizem respeito à identidade para si (o que o indivíduo diz de si mesmo, o que pensa ser, ou gostaria de ser), ou seja, o pertencimento do próprio indivíduo à Saúde Coletiva ou à Saúde Pública.

Assim, a identidade, tanto a atribuída quanto a adquirida pelo sentimento de pertencimento, é assimilada no processo de socialização dentro das esferas de que participa. Nesse contexto, as denominações “Saúde Pública” e “Saúde Coletiva” podem promover rotulagens, não apenas pelos nomes, mas pelo processo histórico que as constituíram criando diferenciações e dimensões entre si. Portanto, há um processo subjetivo de rotulagens que representam as instituições e teorias sobre a prática do sanitarista, que apresentam interfaces com a formação profissional. A subjetividade, para Dubar¹, é o que possibilita falarmos de uma negociação identitária para a construção de identidades.

Segundo Paim²⁴, as palavras “Saúde Pública” e “Saúde Coletiva” não são inocentes. Há noções vinculadas a ideologias e conceitos articulados a determinadas teorias. Desse modo, é possível identificar proximidades, convergências e diferenças, em vez de proceder a uma leitura ingênua, naturalizada e a-histórica da Saúde Pública. Dessa forma, verifica-se que cada sujeito possui “definição da situação” em que está inserido, incluindo uma maneira de definir a si próprio e de definir os outros, e toma a forma de argumentos que implicam interesses e valores, posições e posicionamentos.

Considerações finais

O uso do referencial adotado permitiu a compreensão de aspectos relacionados à construção/reconstrução da identidade e da constituição de sujeitos da Saúde Coletiva. Considera-se como limite metodológico dessa investigação o fato de ela ter envolvido apenas estudantes e egressos que compõem/compuseram a representação estudantil dos seus respectivos cursos de origem. Ressalta-se que este artigo abordou a identidade do sanitarista no Brasil na perspectiva da “formação” – que se configura como apenas um dos elementos implicados com a construção das identidades sociais e profissionais.

Resultante do avanço e do amadurecimento do campo da Saúde Coletiva no Brasil e de sua vinculação ao projeto da Reforma Sanitária Brasileira, o surgimento dos cursos de graduação tem fomentado um processo de reflexão, que aborda tanto a constituição dos novos atores e perfis profissionais quanto a própria estruturação da Saúde Coletiva, enquanto campo científico de saberes e práticas. Ao evidenciar o caráter crítico e de renovação vivenciado pela Saúde Coletiva nos últimos anos, a constituição de novos sujeitos e perfis profissionais, por meio dos cursos de graduação, tem gerado a confluência entre os movimentos de emprego, mercado de trabalho e prática profissional, apontando assim para a (re)construção de uma identidade específica que não se confunde com a dos demais atores que atuam neste campo.

Cabe destacar que a Saúde Coletiva, por ser dissidente da Saúde Pública convencional, tem a graduação como uma estratégia para superar as identidades tradicionais existentes. Com uma natureza epistemológica diferenciada e uma prática política distinta, poderá dar identidade ao pensar e ao fazer, inspirado em um conjunto de valores, além de ajudar nos contornos de uma identidade profissional

com saber específico e autonomia técnica que possa responder às necessidades sociais existentes que demandam esse novo tipo de profissional. Sendo assim, essa nova graduação, mais que produzir efeitos identitários sobre o campo, conduz a uma nova estratégia de profissionalização em saúde.

Espera-se que esses resultados e reflexões possam contribuir para identificação de questões e desafios que precisam ser superados no âmbito da formação em Saúde Coletiva, bem como no debate sobre a constituição deste campo. Alguns aspectos merecem atenção e reflexão sobre suas influências no perfil do egresso e na conformação de sua identidade, tais como a prática docente e o papel do professor na formação de sujeitos, considerando as teorias da ação disponíveis, capazes de recompor as práticas de Saúde Coletiva como uma utopia concreta para além do sanitarismo; os modelos pedagógicos e a direcionalidade curricular dos processos formativos os quais, devido à diversidade apontada, constituem-se em desafios identitários, bem como em que medida os cursos possuem proximidades e afastamentos com a Saúde Coletiva, a Reforma Sanitária Brasileira e o SUS.

Por fim, a direcionalidade dos cursos em seus mais diversos aspectos poderá promover rotulagens em torno da (re)construção identitária desse novo profissional, nas formas de “atributo” e “pertencimento”, sobretudo em relação ao que se entende por “Saúde Pública” e “Saúde Coletiva”, uma vez que os cursos adotam nomenclaturas distintas e as instituições formadoras possuem posições e posicionamentos em torno de sua historicidade.

Colaboradores

Os autores participaram igualmente de todas as etapas de construção do manuscrito.

Referências

1. Dubar C. A socialização: construção das identidades sociais e profissionais. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
2. Vieira-Da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva?. In: Paim JS, Almeida-Filho N, organizadores. Saúde Coletiva: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook; 2014.
3. Bosi MLM, Paim JS. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. Cienc. Saude Colet. 2010; 15(4):2029-38.
4. Cezar DM, Ricalde IG, Santos L, Rocha CMF. O bacharel em Saúde Coletiva e o mundo do trabalho: uma análise sobre editais para concursos públicos no âmbito do Sistema Único de Saúde. Saude em Redes. 2015; 1(4):65-73.
5. Paim JS, Pinto ICM. Graduação em Saúde Coletiva: conquistas e passos para além do sanitarismo. Tempus: Actas Saude Colet. 2013; 7:13-35.

6. Hall S. A identidade cultural na pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2011.
7. Lopes JR. Registros teórico-históricos do conceito de identidade. *Psicol Soc.* 1996; 8(2).
8. Santos BS. Modernidade, identidade e a cultura de fronteira. *Tempo Social (Rev Sociol USP)*. 1994; 5(1-2):31-52.
9. Silva VO, Pinto ICM. Construção da identidade dos atores da Saúde Coletiva no Brasil: uma revisão da literatura. *Interface (Botucatu)*. 2013; 17(46):549-60.
10. Ceccim RB. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em Saúde Coletiva. *Bol Saude*. 2002; 16(1):9-36.
11. Teixeira CF. Graduação em Saúde Coletiva: antecipando a formação do sanitarista. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(13):163-6.
12. Belisário AS, Pinto ICM, Castellanos MEP, Nunes TCM, Fagundes TLQ, Gil CRR, et al. Implantação do curso de graduação em Saúde Coletiva: a visão dos coordenadores. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1625-4.
13. Castellanos MEP, Fagundes TLQ, Nunes TCM, Gil CRR, Pinto ICM, Belisário AS, et al. Estudantes de graduação em saúde coletiva: perfil sociodemográfico e motivações. *Cienc Saude Colet*. 2013; 18(6):1657-66.
14. Mota E, Santos L. O que se pode alcançar com a graduação em Saúde Coletiva no Brasil? *Tempus: Actas Saude Colet*. 2013; 7(3):37-41.
15. Santana PR, Martins RD, Guarda FRB, Cruz SL, Santana SCS. Bacharelado em Saúde Coletiva: preenchendo lacunas e formando competências para o SUS. *Tempus: Actas Saude Colet*. 2013; 7(3):43-55.
16. Bezerra APS, Andrade BBL, Batista BS, Reis CR, Arenhart CGM, Parente CG, et al. Quem são os novos sanitaristas e qual seu papel?. *Tempus: Actas Saude Colet*. 2013; 7(3):57-62.
17. Silva NEK, Ventura MV, Ferreira J. Graduação em Saúde Coletiva e o processo de construção de cenários práticos. *Tempus: Actas Saude Colet*. 2013; 7(3):91-101.
18. Carneiro RC. E o que faz/pode fazer um bacharel em Saúde Coletiva? A arte de pesquisar como prática de promoção da saúde. *Tempus: Actas Saude Colet*. 2013; 7(3):103-13.
19. Bezerra APS, Moutinho AFM, Alkmim DFB, Moraes IAM. A percepção do graduando em Saúde Coletiva sobre o estágio supervisionado. *Tempus: Actas Saude Colet*. 2013; 7(3):115-27.
20. Castellanos MEP, Ribeiro GS, Esperidião MA, Souto AC, Jesus KC, Silva CCG, et al. A implementação do curso de graduação em saúde coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia: da criação até a formatura da primeira turma. *Tempus: Actas Saude Colet*. 2013; 7(3):63-80.
21. Sampaio JRC, Santos RDS. Graduandos em saúde coletiva Brasil: perspectivas, opiniões e críticas sobre os cursos. *Tempus: Actas Saude Colet*. 2013; 7(3):81-9.
22. Dubar C. Trajetórias sociais e formas identitárias: alguns esclarecimentos conceituais e metodológicos. *Educ Soc*. 1998; 19(62):13-30.
23. Ojeda BS, Creutzberg M, Feoli AMP, Melo DS, Corbellini VL. Acadêmicos de enfermagem, nutrição e fisioterapia: a escolha profissional. *Rev Lat-Am Enfermagem*. 2009; 17(3):396-402.
24. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e a construção do campo da Saúde Coletiva. Salvador: ISC, UFBA; 2014 (Relatório técnico-científico).

Silva VO, Pinto ICM. Identidad del sanitarista en Brasil: percepciones de estudiantes y egresados de los cursos de graduación en Salud Pública y Salud Colectiva. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(65):539-50.

El surgimiento de los cursos de graduación en Salud Colectiva en Brasil ha puesto en pauta la diversidad de procesos que proporcionan legitimidad a la actuación profesional y que implican el reconocimiento de la identidad del "nuevo" sanitarista. El objetivo de este estudio fue analizar la identidad del sanitarista a partir de la formación en los cursos de graduación en Salud Pública y Salud Colectiva en Brasil. Se trata de un estudio de exploración de naturaleza cualitativa, con realización de grupo focal. Se adoptó el referencial teórico-metodológico de Dubar - Trayectorias subjetivas, lógicas de movilidad y formas de identidad. Aunque la mayoría no tenía interés previo de inserción en la Salud Colectiva, la manera como se define revela afinidades, un elemento favorable para la construcción social de identidad profesional. Sujetos e identidades pasan a formar parte de la producción discursiva de innumerables enunciados, caracterizados por una visión de la dimensión político-social y de los valores inherentes a la práctica en ese campo.

Palabras clave: Salud Colectiva. Recursos humanos en Salud. Identidad profesional. Formación profesional.

Submetido em 21/09/16. Aprovado em 11/05/17.

Developing competencies among health professions students related to the care of people with disabilities: a pilot study

Shamyr Sulyvan Castro^(a)Michael Rowe^(b)Luana Foroni Andrade^(c)Eliana Goldfarb Cyrino^(d)

Castro SS, Rowe M, Andrade LF, Cyrino EG. Desenvolvimento de competências relacionadas ao cuidado das pessoas com deficiência entre estudantes das profissões da saúde: um estudo piloto. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):551-63.

This is a two-phase study, the first was a literature review that aimed to identify a set of competencies for professional practice that would be relevant for the health care of People with disabilities (PwD). These competencies were then used to plan a thirty-hour multidisciplinary course for undergraduate health care students. The educational intervention led to improvements in the students' learning experiences, including the development of empathy and knowledge related to the care of PwD, improved knowledge around accessibility, and an awareness of the need to humanize the care of PwD. Students reported enhanced learning experiences and an increase in knowledge related to the care of PwD, and also highlighted the need to humanize the care.

Keywords: Health education. Disabled persons. Health care.

Este é um estudo de duas fases, a primeira foi uma revisão da literatura buscando identificar um conjunto de competências para a prática profissional, relevantes para o cuidado em saúde das Pessoas com deficiências (PcD). Estas competências foram utilizadas na segunda fase, para planejar um curso multidisciplinar de trinta horas para estudantes de graduação da área da saúde. A intervenção educacional levou a melhorias em experiências de aprendizagem dos alunos, incluindo o desenvolvimento de empatia e de conhecimentos relacionados com cuidados de PcD, melhorar o conhecimento sobre a acessibilidade, e consciência da necessidade de humanizar o cuidado de PcD. Estudantes relataram experiências de aprendizagem melhoradas e maior conhecimento relacionado com o cuidado de PcD, e destacaram a necessidade de humanizar o cuidado.

Palavras-chave: Educação em saúde. Pessoas com deficiência. Assistência à saúde.

^(a) Departamento de Fisioterapia, Universidade Federal do Ceará (UFC). Rua Alexandre Baraúna, 949, 1º andar, Rodolfo Teófilo. Fortaleza, CE, Brasil. 60430-160. shamyrulyvan@gmail.com

^(b) Department of Physiotherapy, Faculty of Community and Health Sciences, University of the Western Cape. Cape Town, South Afrika. mrowedr@gmail.com

^(c) Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde, Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Uberaba, MG, Brasil. luanaforoni@gmail.com

^(d) Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Botucatu, SP, Brasil. ecyrino@fmb.unesp.br

Introduction

The biomedical model of healthcare has had an important influence on health professions education¹, which has been problematic for health care in general. The concern is that it presents the person as a purely biological being, excluding other important dimensions such as the social², psychological³ and environmental⁴ factors that influence therapeutic outcomes. The biomedical approach is also problematic because it places the disability within the person⁵ rather than seeing it as the result of the interactions between the person and the environment⁶. By limiting our understanding of the factors involved we also limit the intervention possibilities, thereby making management of the patient more difficult.

This understanding of the concept of disability may result in the unsatisfactory management of PwD. Therefore, if health students are taught with an understanding of disability that is influenced by the biomedical model, they will reproduce this problematic understanding in their practice and PwD will continue to receive inadequate health care. For that reason, it is important to replace the biomedical model of disability with the bio-psychosocial model in the undergraduate curriculum⁷. The incorporation of innovative educational interventions that aim to improve the care of PwD have produced encouraging results. These include positive changes in the attitudes of students towards PwD⁸, more comfort in dealing with PwD⁹, and improvement in the knowledge and attitudes of students towards PwD¹⁰.

The purpose of this paper is to provide an overview of an educational intervention that aimed to improve the understanding and competencies required by students in the holistic management of PwD, that moves beyond a biomedical model of understanding disability.

Methods

This study used a qualitative survey design with open-ended questions to determine if the new teaching intervention led to any changes in students' holistic understanding of the management of PwD.

The study was divided into two phases. The first phase used a review of the literature and the national curriculum guidelines for Brazilian undergraduate health courses to identify the competencies that health professionals need for the holistic management of PwD. These competencies were then categorized by profession (Medicine, Nursing, Nutrition, Occupational Therapy (OT), Physiotherapy, Psychology and a set of competencies that were common to all health professions).

In the second phase, we used these identified competencies to plan a multidisciplinary, thirty-hour elective course for a variety of health professional students. The course was presented by a physiotherapist and an occupational therapist and aimed to strengthen the competencies that had been identified as being necessary for the holistic management of PwD. Chart1 presents the overall structure of the course.

A convenient sample of twelve students enrolled in the course. At the end of the course, participants completed a questionnaire that gathered qualitative data about their learning experiences in the course using the following open-ended questions: 1) "Do you think this course provided you with knowledge or experience that will help you as a professional? Please explain your answer."; 2) "In your opinion, what do you think was the most important point in the course that influenced your professional formation? Please explain your answer." Responses to these open ended questions were transcribed and analyzed using the Discourse of the Collective Subject method, described as a qualitative data organization technique carried out through a speech synthesis. This speech is written in the first person singular and prepared with the most significant similar sense of testimonials extracted from the qualitative data. It is based on the theory of social representations and aims to analyze the main ideas, anchors and key phrases that are present in the individual responses¹⁵, but it could be used to extract the key concepts from an open response¹⁶.

The project was approved by the Ethics Committee of the Federal University of the Triângulo Mineiro (protocol number 2260/2012). The anonymity of participants was guaranteed by replacing student names with alphanumeric codes and participation in the study was voluntary. The participants signed a consent form after being provided with information about the study and were free to withdraw their consent at any time without any negative consequences.

Chart 1. Structure of the thirty hour course intervention.

Topic	Time	Content	Teaching methods
Concepts and policies related to disability	8 hrs	Historical development of the concept and definition of disability; The prevalence of disability in Brazil and in the world; Epidemiological transition and its impact on the occurrence of disability; Health policies and the rights of PwD; Accessible health services.	Lectures Movies ¹¹ Discussion of clinical cases Debates ¹² Role play ¹³
Experience of disability	8 hrs	Students experienced controlled situations with restriction of senses (deprivation of hearing and vision) and with restriction of mobility (using canes or wheelchairs) in the university environment. We invited two persons with visual impairment and one with auditory impairment (together with sign language interpreters) to talk about life, work, school and difficulties due to their challenges.	Experiential learning ¹⁴ Lectures
PwD and clinical practice	8 hrs	Lecture from a physiotherapist who works with PwD, followed by a debate in order to discuss challenges in the care of PwD. We invited two men with visual impairment and a woman in a wheelchair to participate as "patients" in a role playing exercise where the students were the "blind patients", as if they were health professionals. At the end of this activity students, guests and professors debated the difficulties faced by PwD and students as part of the clinical encounter.	Lecture Debate Role play
Seminar presentations	6 hrs	Group 1: Discussed a movie about the life of a blind boy. Group 2: Presented a video with a testimony of a person with disabilities reporting difficulties in seeking health care. Group 3: Presented photos from a visit to a health service and an evaluation of appropriate adaptations for PwD. Group 4: Showed a video from a health professional reporting the difficulties that she faced in providing health care to a PwD. At the end of all the presentations, all attendees engaged in discussion.	Presentations Lectures Discussion

Results

In Chart 2 the competencies that were identified by the literature review in the first phase of the project are presented.

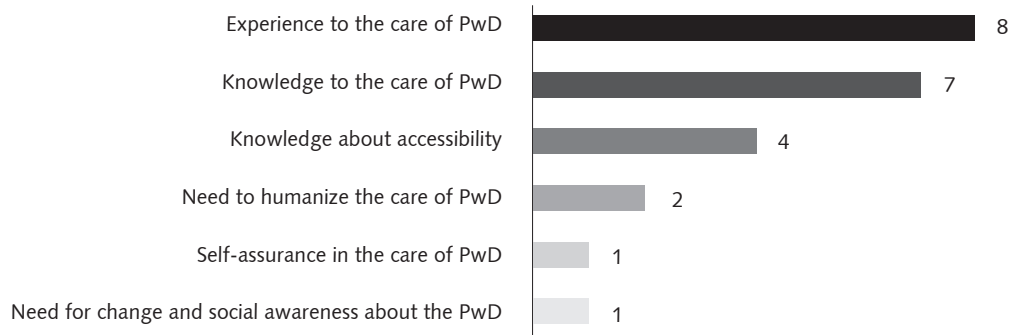
Chart 2. Health students competencies founded in the literature and documental review.

Competencies	Health profession*						
	Nur.	PT	Med.	Nutr.	Psyc.	OT	Gen.
Clinical knowledge ¹⁷⁻²¹		x	x			x	x
Communication ¹⁷⁻³¹	x	x	x	x	x	x	x
Critical thinking ^{17,24}		x				x	
Decision-making ^{22,23,25-29}	x	x	x	x	x	x	x
Ethical attitude ²⁴		x					
Health attention ^{22,23,25-28}	x	x	x	x	x	x	
Health professional and patient relationship ²⁰		x					
Interpersonal relationships ²⁴		x					
Knowledge and guidance on health policies ²¹							x
Knowledge and abilities sharing ²⁹							x
Leadership ^{22,23,25-29}	x	x	x	x	x	x	
Management ²³⁻³¹	x	x	x	x	x	x	
Patient assessment ²⁰		x					
Patient-centered practice ²⁴		x					x
Continuing education ^{17,18,24-28}	x	x	x	x	x	x	
Planning and perform of the treatment ^{20,24}		x					
Problem solving ²⁹							x
Professional liability ¹⁷						x	
Professionalism ^{19-21,30}		x	x				x
Quality of care ³²	x						
Respect ²⁹							x
Teamwork ^{29,31}			x				x
Theoretical knowledge ^{24,30-32}	x	x	x				

* Nur. – Nursing; PT – Physical Therapy; Med. – Medicine; Nutr. – Nutrition; Psyc. – Psychology; OT – Occupational Therapy; Gen. – all health professions.

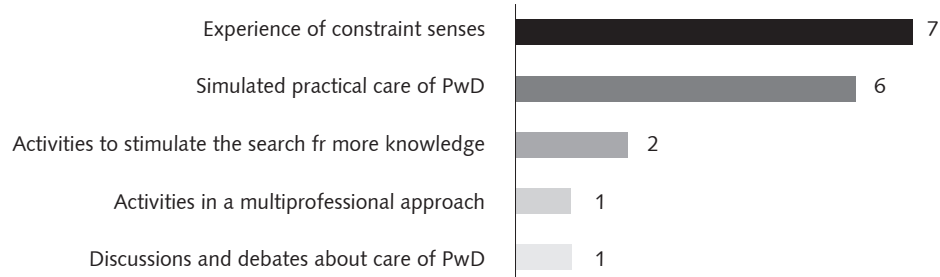
Participant responses to the questionnaire at the end of the course indicated that almost 90% reported that they had mastered the Communication competency; approximately 64% reported being competent with the Patient assessment competency; about 64% of participants identified the health professional and patient relationship as a competency that they had mastered; 58% reported having mastered the ethical attitude; about 48% reported being competent in patient-centered practice and quality of care; and about 27% reported being competent in their clinical knowledge.

We also identified six central ideas (cited 23 times) after analyzing the transcribed data from the first survey question, at the end of the course, which are presented in Graph 1.



Graph 1. Central ideas that emerged from the question “Do you think this course provided you with some knowledge or experience that will help you as a professional?”. Numbers represent participants who answered “Yes”.

In response to the second question, participants reported five central ideas (cited 17 times), which are presented in Graph 2.



Graph 2. Central ideas that emerged from the question: “In your opinion, what do you think was the most important point in the course that influenced your professional formation?”

Discussion

Literature review to identify generic health professional competencies in the management of PwD

Communication and decision-making were identified from the literature as competencies that are common to all health professions. In the clinical context communication not only means keeping patients informed by using a common language but also listening to them as participants in the health care relationship. As part of interprofessional health care, communication is an essential component

of providing better patient outcomes in shorter time frames, higher satisfaction among patients, and improvement in the work environment³³. Moreover, effective communication is positively correlated with patient adherence to treatment^{34,35}, preventative action by patients³⁶ and can lead to improvement in patients' quality of health³⁷.

Decision-making as a competence is about combining the desires and beliefs of the team in order to choose a course of action. This process includes the following components: courses of action; beliefs about objective states, processes, and events; and desires, values, or utilities that describe the consequences associated with the outcomes of each action-event combination³⁸. This competency, when present in the process of health care, could mitigate the inequalities in the use of health services³⁹, resulting in benefits to all stakeholders in the system. If used properly, effective decision-making can make the health professional team more productive and coordinated, resulting in improved health care.

The literature review also identified other common competencies across the health professions, including: Health attention; Leadership; Management; and Continuing education. Health attention is the ability to develop preventive, promotional, protective and rehabilitation interventions while considering the individual patient and the community. This competency promotes continuous and integrated health care at the individual and community levels⁴⁰. It should occur continuously and be integrated with critical thinking that is focused on general social problems that exist in the community²⁰. If this competency is adequately developed in undergraduate health professionals education, new graduates will be better prepared to face real-world clinical environments⁴¹ in which the holistic management of PwD is prioritized and made more effective.

Leadership is defined as "the process of influencing an organized group toward accomplishing their goals"⁴². The presence of this competency in a multi-professional health team can improve the efficiency of the health care system⁴³ resulting in more effective management processes by the health team and an improved patient experience in the health system.

Management is related to the ability to deal with members of the health team, physical and material resources, and with information. At the same time managers should be able to engage in dialogue with employers and other health professionals in leadership positions²³. Along with the Leadership competency, the Management competency could be a key feature for successful teamwork in the health care system.

Continuing education has as one of its goals the improvement of professional practice in order to enhance health care⁴⁴. Therefore, it should not only direct health professionals to seek new knowledge and skills but also to carry out changes in the process of care⁴⁵. There is also evidence that a lack of continuing education among health service professionals may increase the costs of patient care, thus making it more expensive, together with a reduction in quality⁴⁶. Continuing education appears to improve the acquisition and retention of knowledge, attitudes, skills, behaviors and clinical outcomes⁴⁷ all of which have a positive impact on patients health.

The review of the literature therefore served to highlight a range of generic competencies that have been shown to improve health service delivery in ways that may be beneficial for PwD. The next phase of the project was to develop a teaching intervention that aimed to develop in students these competencies, with specific reference to the holistic management of PwD.

Outcomes of the educational intervention, based on student responses in the survey

The results of the open-ended questions in the survey (see Charts 1 and 2) presented concepts related to students' knowledge and experience regarding the care of PwD. These were key points that had been highlighted by the literature and it is important that they are addressed in the development of undergraduate students in order to offer better health care for PwD. Furthermore, students identified that clinical knowledge was their least frequently mastered competency in this intervention.

Knowledge related to accessibility was also reported by students as having improved as a result of the educational intervention. The concept of accessibility is an important characteristic of health

services that can act either as a barrier or a facilitator for PwD and an understanding of it is essential for health professionals to work effectively with PwD. Physical accessibility is a central point because it influences the quality of the health care service and the willingness of PwD to use health systems^{48,49}. If health professionals are aware of the challenges related to accessibility, they would be better prepared to reduce the barriers experienced by PwD, and therefore offer a better health care service. In other words, awareness of this concept would make health services more accessible leading to improvements in responsiveness⁵⁰ and will be more closely aligned with the principle of equality in the Brazilian National Health System (SUS)⁵¹.

The need to humanize health care was another point that students raised, which is important to note as it is a central component of the SUS, not only for PwD but for all citizens. In 2003 the SUS introduced a National Policy of Humanization⁵² that aimed to improve the quality of national health care⁵³ and which led to positive outcomes in the management of patients⁵⁴. The results of this study highlight the fact that students believed that humanization is an important competency in their professional development⁵⁵.

Self-assurance related to the care of PwD and the need for change regarding an increased social awareness about PwD were also reported by participants as important outcomes of the educational intervention. There is evidence that students who have received instructions and experiences related to disability care feel more confident in the care process⁵⁶ and that social awareness could be a factor that acts towards decreasing barriers if working in the health care services environment⁵⁷.

The students' experience of having their senses limited put them into a similar circumstance that patients find themselves in and was cited as one of the most important aspects of this educational intervention. The simulation of health care situations are commonly used in undergraduate courses and have been shown to improve health care⁵⁸. In addition, there is evidence that the development of empathy in undergraduate students can have a positive effect on student learning, reducing the risk of burnout and promoting student well-being⁵⁹. As part of the development of a healthcare professional who is capable of enhanced social and interpersonal skills, helping students to understand how others' experience their interaction is an important part of health professional training⁶⁰.

The requirement to conduct additional research during the program was also cited by students as one of the most important aspects of the intervention. This is directly related to the concept of continuous education for health professionals, which has been shown to reduce the incidence of adverse events⁶¹, as well as improve the quality of care⁶² and knowledge acquisition⁶³.

The students also reported that the discussion and debate about the care of PwD were important components of the educational intervention. These are common strategies used as learning tools in health professions education^{64,65} and can stimulate critical thinking in students, as well as promote an interest in complex and controversial issues⁶⁶.

Learning activities that were conducted from a multi-professional perspective were also reported by the participants as being especially important. Participation in the multi-professional team is an important aspect of professional practice that should be reinforced as a skill to be developed among students^{46,47,49}. This kind of collaborative work brings additional benefits like novel insights and points of view, the development of respect and equality for other members of the team, improvement of communication skills and a more holistic approach to health⁶⁷. These all lead to increased patient satisfaction, a reduction in error rates and more effective teamwork⁶⁸.

It is important to stress that the students pointed out that the most important points of the course included a positive influence on their professional identity, learning about alternative methods and strategies of teaching and learning, an increased focus on sensory experiences, simulations, and activities that stimulate research, in the benefits of a multi-professional approach, and discussions and debates about the care of PwD. This result reinforced the innovative character of the course and shows that students are sensitive and attentive to new teaching methods, which is in line with the literature⁶⁹⁻⁷¹.

Limitations of the study

The first limitation is that the research was only conducted in one university and we believe that a larger sample size that is spread across multiple universities would lead to an outcome that could more confidently be asserted. In addition, the participation of students from a greater variety of health disciplines would offer better opportunities in the design of the educational intervention.

Conclusions

This paper describes a plan for designing an innovative educational intervention that aimed to help health students to develop important competencies that are relevant for the holistic management of PwD. Students reported an increase in experience and knowledge related to the care of PwD, the need to humanize the care of PwD, and also described the need for educational change to increase social awareness about PwD in the undergraduate program.

The study also highlighted the set of competencies needed for the satisfactory holistic management of PwD and described an educational intervention that aimed to develop those competencies in undergraduate health professions students. This experience could be used as a starting point by others to improve the educational approach by developing the main competencies and abilities of health professions undergraduate students in the care of PwD.

Collaborations

Castro SS: project design, data collection and analysis, writing of the manuscript, and discussion, review and final approval of the manuscript; Rowe M: writing of the manuscript; and discussion, review and final approval of the manuscript; Andrade LF: data collection and analysis, writing of the manuscript, and discussion, review and final approval of the manuscript; and Cyrino EG: project design, writing of the manuscript, and discussion, review and final approval of the manuscript.

References

1. Almeida AH, Soares CB. Ensino de educação nos cursos de graduação em enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2010; 63(1):111-6.
2. Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM, Devries R. "It's up to the woman's people": how social factors influence facility-based delivery in rural northern Ghana. *Matern Child Health J.* 2014; 18(1):109-19.
3. Sirey JA. The impact of psychosocial factors on experience of illness and mental health service use. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2008; 16(9):703-5.
4. Yeager V, Menachemi N, Ginter P, Sen B, Savage G, Beitsch LM. Environmental factors and quality improvement in county and local health departments. *J Public Heal Manag Pract.* 2013; 19(3):240-9.

5. Johnston M. Models of disability. *Psychologist*. 1996; 9:205-10.
6. WHO. International classification of functioning, disability and health (ICF) [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007. p. 112-9 [cited 11 May 2016]. Available from: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.
7. Domenech J, Sánchez-Zuriaga D, Segura-Ortí E, Espejo-Tort B, Lisón JF. Impact of biomedical and biopsychosocial training sessions on the attitudes, beliefs, and recommendations of health care providers about low back pain: a randomised clinical trial. *Pain*. 2011; 152(11):2557-63.
8. Amosun SL, Volmink L, Rosin R. Perceived images of disability: the reflections of two undergraduate medical students in a university in South Africa on life in a wheelchair. *Disabil Rehabil*. 2005; 27(16):961-6.
9. Crotty M, Finucane P, Ahern M. Teaching medical students about disability and rehabilitation: methods and student feedback. *Med Educ*. 2000; 34(8):659-64.
10. Graham CL, Brown RS, Zhen H, McDermott S. Teaching medical students about disability in family medicine. *Fam Med*. 2009; 41(8):542-4.
11. Gramaglia C, Jona A, Imperatori F, Torre E, Zeppegno P. Cinema in the training of psychiatry residents: focus on helping relationships. *BMC Med Educ*. 2013; 13:90.
12. Hanna LA, Barry J, Donnelly R, Hughes F, Jones D, Lavery G, et al. Using debate to teach pharmacy students about ethical issues. *Am J Pharm Educ*. 2014; 78(3):57.
13. Baerheim A, Alraek TJ. Utilizing theatrical tools in consultation training. A way to facilitate students' reflection on action? *Med Teach*. 2005; 27(7):652-4.
14. Leo J, Goodwin D. Negotiated meanings of disability simulations in an adapted physical activity course: learning from student reflections. *Adapt Phys Activit Q*. 2014; 31(2):144-61.
15. Reis CB, Andrade SMO. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Cienc Saude Colet*. 2008; 13(1):61-70.
16. Castro SS, Lefèvre F, Lefèvre AMC, Cesar CLG. Accessibility to health services by persons with disabilities. *Rev Saude Publica*. 2011; 45(1):99-105.
17. ACOTRO, Association of Canadian Occupational Therapy Regulatory Organizations. Essential competencies of practice for occupational therapists in Canada 2011 [Internet]. 2011 [cited 11 May 2016]. Available from: http://www.coto.org/pdf/essent_comp_04.pdf.
18. National Physiotherapy Advisory Group N. Essential competency profile for physiotherapists in Canada 2009 [Internet]. 2009 [cited 11 May 2016]. Available from: [http://www.physiotherapyeducation.ca/Resources/Essential Comp PT Profile 2009.pdf](http://www.physiotherapyeducation.ca/Resources/Essential%20Comp%20PT%20Profile%202009.pdf).
19. Porcel JM, Casademont J, Conthe P, Pinilla B, Pujol R, García-Alegria J. Core competencies in internal medicine. *Eur J Intern Med*. 2012; 23(4):338-41.
20. Sanford J, Stratford P, Solomon P. Clinical evaluation: physiotherapists' ranking of competencies. *Med Teach*. 1993; 15(4):369-77.
21. Sottas B. Learning outcomes for health professions: the concept of the swiss competencies framework. *GMS Z Med Ausbild*. 2011; 28(1):Doc11.
22. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES no 4, de 19 de fevereiro de 2002. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em fisioterapia [Internet]. Brasília; 2002 [cited 11 May 2016]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES042002.pdf>.

23. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES no 3, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem [Internet]. Brasília; 2001 [cited 11 May 2016]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>.
24. Aston-McCrimmon E. Analysis of the ratings of competencies used in physical therapy practice. *Phys Ther*. 1986; 66(6):954-60.
25. Ministério da Educação (BR). Parecer CNE/CES no 49 de julho de 2001. Institui as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de filosofia, história, geografia, serviço social, comunicação social, ciências sociais, letras, biblioteconomia, arquivologia e museologia [Internet]. Brasília; 2001 [cited 11 May 2016]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0492.pdf>.
26. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES no 5, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em nutrição [Internet]. Brasília; 2001 [cited 11 May 2016]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES05.pdf>.
27. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES no 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina [Internet]. Brasília; 2001 [cited 11 May 2016]. Available from: <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES04.pdf>.
28. Ministério da Educação (BR). Resolução CNE/CES no 5, de 15 de março de 2011. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em psicologia [Internet]. Brasília; 2011 [cited 11 May 2016]. Available from: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&id=12991&Itemid=866.
29. Canadian Interprofessional Health Collaborative. Interprofessional education & core competencies [Internet]. Vancouver; 2011 [cited 11 May 2016]. Available from: http://www.cihc.ca/files/publications/CIHC_IPE-LitReview_May07.pdf.
30. Epstein R, Hundert E. Defining and assessing professional competence. *JAMA*. 2002; 287(2):226.
31. Frank JR, Langer B. Collaboration, communication, management, and advocacy: teaching surgeons new skills through the CanMEDS Project. *World J Surg*. 2003; 27(8):972-8; discussion 978.
32. Thomas AC, Crabtree MK, Delaney KR, Dumas MA, Kleinpell R, Logsdon MC, et al. Nurse Practitioner Core Competencies 2011 [Internet]. 2011 [cited 11 May 2016]. Available from: <http://c.ymcdn.com/sites/www.nonpf.org/resource/resmgr/imported/IntegratedNPCoreCompsFINALApril2011.pdf>.
33. Zwarenstein M, Reeves S, Russell A, Kenaszchuk C, Conn LG, Miller KL, et al. Structuring Communication Relationships for Interprofessional Teamwork (SCRIPT): a cluster randomized controlled trial. *Trials*. (2007); 8:23.
34. DiMatteo MR. Patient adherence to pharmacotherapy: the importance of effective communication. *Formulary*. 1995; 30(10):596-8, 601-2, 605.
35. Zolnierok KBH, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009; 47(8):826-34.
36. Anders MP, Nolte S, Waldmann A, Capellaro M, Volkmer B, Greinert R, et al. The German SCREEN project - design and evaluation of the communication strategy. *Eur J Public Health*. 2015; 25(1):150-5.
37. Ports KA, Reddy DM, Barnack-Tavlaris JL. Sex differences in health care provider communication during genital herpes care and patients' health outcomes. *J Health Commun*. 2013; 18(12):1436-48.

38. Hastie R. Problems for judgment and decision making. *Annu Rev Psychol.* 2001; 52:653-83.
39. Durand MA, Carpenter L, Dolan H, Bravo P, Mann M, Bunn F, et al. Do interventions designed to support shared decision-making reduce health inequalities? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2014; 9(4):e94670.
40. Silva MJ, Sousa EM, Freitas CL. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes curriculares e os conteúdos de atenção básica. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):315-21.
41. Nascimento D, Oliveira M. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio à saúde da família. *O mundo da Saúde.* 2010; 34(1):92-6.
42. Rauch C, Behling O. Functionalism: basis for alternate approach to the study of leadership. *Leaders and Managers.* Elmsford, NY: Pergamon Press; 1984.
43. Hunziker S, Bühlmann C, Tschan F, Balestra G, Legeret C, Schumacher C, et al. Brief leadership instructions improve cardiopulmonary resuscitation in a high-fidelity simulation: a randomized controlled trial. *Crit Care Med.* 2010; 38(4):1086-91.
44. Thomson OMA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2001; (2):CD003030.
45. Gray JA. Continuing education: what techniques are effective? *Lancet.* 1986; 2(8504):447-8.
46. Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: a review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care.* 2005; 21(3):380-5.
47. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, et al. Effectiveness of continuing medical education. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep).* 2007; (149):1-69.
48. DeJong G. Primary care for persons with disabilities. An overview of the problem. *Am J Phys Med Rehabil.* 1997; 76(3 Suppl):S2-8.
49. Morrison EH, George V, Mosqueda L. Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups. *Fam Med.* 2008; 40(9):645-51.
50. Kroll T, Jones GC, Kehn M, Neri MT. Barriers and strategies affecting the utilisation of primary preventive services for people with physical disabilities: a qualitative inquiry. *Health Soc Care Community.* 2006; 14(4):284-93.
51. Senna MCM. Eqüidade e política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica.* 2002; 18 Supl:S203-11.
52. Pasche DF, Passos E, Hennington EA. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de uma política pública. *Cienc Saude Colet.* 2011; 16(11):4541-8.
53. Santos-Filho SB. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cienc Saude Colet.* 2007; 12(4):999-1010.
54. Pasche DF. National Humanization Policy as a commitment to collective production of changes in management and care methods. *Interface (Botucatu).* 2009; 13 Supl 1:701-8.
55. Goulart BNG, Chiari BM. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. *Cienc Saude Colet.* 2010; 15(1):255-68.
56. Kinne RD, Stiefel DJ. Assessment of student attitude and confidence in a program of dental education in care of the disabled. *J Dent Educ.* 1979; 43(5):271-5.
57. Cook V, Griffin A, Hayden S, Hinson J, Raven P. Supporting students with disability and health issues: lowering the social barriers. *Med Educ.* 2012; 46(6):564-74.

58. Wayne DB, Didwania A, Feinglass J, Fudala MJ, Barsuk JH, McGaghie WC. Simulation-based education improves quality of care during cardiac arrest team responses at an academic teaching hospital: a case-control study. *Chest*. 2008; 133(1):56-61.
59. Brazeau CMLR, Schroeder R, Rovi S, Boyd L. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate. *Acad Med*. 2010; 85 Supl 10:S33-6.
60. Ioannidou F, Konstantikaki V. Empathy and emotional intelligence: what is it really about? *Int J Caring Sci*. 2008; 1(3):118-23.
61. Pinto WAM, Rossetti HB, Araújo A, Spósito Júnior JJ, Salomão H, Mattos SS, et al. Impact of a continuous education program on the quality of assistance offered by intensive care physiotherapy. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2014; 26(1):7-12.
62. Twig G, Lahad A, Kochba I, Ezra V, Mandel D, Shina A, et al. Effect of a tailor-made continuous medical education program for primary care physicians on self-perception of physicians' roles and quality of care. *Isr Med Assoc J*. 2010; 12(9):521-5.
63. Weiner SJ, Jackson JL, Garten S. Measuring continuing medical education outcomes: a pilot study of effect size of three CME interventions at an SGIM annual meeting. *J Gen Intern Med*. 2009; 24(5):626-9.
64. Hanna LA, Barry J, Donnelly R, Hughes F, Jones D, Lavery G, et al. Using debate to teach pharmacy students about ethical issues. *Am J Pharm Educ*. 2014; 78(8):57.
65. Nguyen VQC, Hirsch MA. Use of a policy debate to teach residents about health care reform. *J Grad Med Educ*. 2011; 3(3):376-8.
66. Strawbridge JD, Barrett AM, Barlow JW. Interprofessional ethics and professionalism debates: findings from a study involving physiotherapy and pharmacy students. *J Interprof Care*. 2014; 28(1):64-5.
67. Payne H, Pelz F, Brooks R, Horrocks L, Kemp A, Webb E, et al. Benefits of interprofessional learning: an interprofessional MSc in child health. *Hosp Med*. 2005; 66(4):239-41.
68. Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M. Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database Syst Rev*. 2013; 3:CD002213.
69. Fidler DC, Khakoo R, Miller LA. Teaching scholars programs: faculty development for educators in the health professions. *Acad Psychiatry*. 2007; 31(6):472-8.
70. Jhaveri KD, Chawla A, Shah HH. Case-based debates: an innovative teaching tool in nephrology education. *Ren Fail*. 2012; 34(8):1043-5.
71. Hicks J. Students' views of cooperative learning and group testing. *Radiol Technol*. 2007; 78(4):275-83.

Castro SS, Rowe M, Andrade LF, Cyrino EG. Desarrollo de competencias relacionadas al cuidado de las personas con discapacidad entre estudiantes de las profesiones de la salud: un estudio piloto. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):551-63.

Este es un estudio de dos fases, la primera fue una revisión de la literatura buscando identificar un conjunto de competencias para la práctica profesional, relevantes para el cuidado de la salud de las PcD. Estas competencias se utilizaron para planificar un curso multidisciplinario de treinta horas. La intervención educativa llevó a experiencias de aprendizaje de los alumnos, incluyendo el desarrollo de la empatía y de conocimientos relacionados con cuidados de las PcD, mejorar el conocimiento sobre la capacidad de acceso, y conciencia de la necesidad de humanizar el cuidado de las PcD. Los estudiantes relataron experiencias de aprendizaje mejoradas y mayor conocimiento relacionado con el cuidado de las PcD, y subrayaron la necesidad de humanizar el cuidado de las PcD.

Palabras clave: Educación en salud. Personas con discapacidad (PcD). Prestación de atención de salud.

Submetido em 13/12/16. Aprovado em 21/02/17.

Ações de reorientação da formação profissional em Fisioterapia: enfoque sobre cenários de prática

Ana Paula Maihack Gauer^(a)
 Fátima Ferretti^(b)
 Carla Rosane Paz Arruda Teo^(c)
 Lucimare Ferraz^(d)
 Maria Cristina Flores Soares^(e)

Gauer APM, Ferretti F, Teo CRPA, Ferraz L, Soares MCF. Reorientation of professional education in Physiotherapy: a focus on practice settings. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):565-76.

This paper aimed to identify from the perspective of teachers and students, actions that evidence the reorientation of vocational training in physiotherapy happening under the line of practice settings recommended by the *Pro-Saude* Program. A qualitative research using the case study method, was performed in a Community University, where 16 students and 11 teachers of the Physiotherapy course as participants. Data collection was carried out by focus group and interview. Among the actions that demonstrate the reorientation of vocational training we highlight: achievement the situational diagnosis, practices in growing complexity degrees, diversification of practices in professional disciplines, interdisciplinary experiences in public health service, multidisciplinary practices and interventions in Primary Care. To promote advances in the vocational training process, it is necessary to create teaching-learning continuous strategies and to plan practices settings integrated with health services.

Keywords: Human resources in health training. Physiotherapy. National health programs.

Este artigo buscou identificar, a partir da óptica de docentes e estudantes, ações que evidenciam a reorientação da formação profissional em Fisioterapia, no âmbito do eixo Cenários de Prática, conforme preconizado pelo Programa Pró-Saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que seguiu o método de estudo de caso, realizada em uma universidade comunitária com 16 estudantes e 11 docentes do curso de Fisioterapia. A coleta de dados foi conduzida por grupo focal e entrevista. Entre as ações que evidenciam a reorientação da formação profissional estão: realização do diagnóstico situacional, práticas em complexidade crescente, diversificação de práticas nas disciplinas profissionalizantes, vivências interdisciplinares no serviço público de saúde, práticas multiprofissionais e intervenções na Atenção Básica. Para promover avanços no processo de formação profissional, é necessário criar estratégias de ensino-aprendizagem contínuas e planejar as práticas de forma integrada com os serviços de saúde.

Palavras-chave: Capacitação de recursos humanos em saúde. Fisioterapia. Programas nacionais de saúde.

^(a,b,c,d) Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Avenida Senador Atilio Fontana, 591-E, Efapi. Chapecó, SC, Brasil. 89809-000. anagauer@unochapeco.edu.br; ferrettfisio@yahoo.com.br; carlateo@unochapeco.edu.br; lferraz@unochapeco.edu.br
^(e) Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Rio Grande, RS, Brasil. mcflores01@gmail.com

Introdução

Na última década, os modelos pedagógicos que dão suporte à formação dos profissionais da área de saúde no País vêm sofrendo modificações devido à necessidade do desenvolvimento de competências e habilidades para uma atuação de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)^{1,2}. Nessa perspectiva, a partir de 2005, as discussões sobre esse processo foram intensificadas e, em uma ação conjunta, os Ministérios da Educação e da Saúde deram início à criação de dispositivos para reorientar a formação profissional; entre eles, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)^{3,4}.

Esses dispositivos valorizam o conhecimento para o SUS e a interação ensino-serviço; apresentam-se como possibilidade de desvincular a formação centrada na assistência individual para uma mais direcionada à coletividade e às necessidades sociais, históricas, econômicas e culturais da população. Visam, ainda, superar a fragmentação dos modelos curriculares, formando profissionais que atentem para os determinantes do processo saúde-doença em todos os níveis³.

A estratégia proposta pelo Pró-Saúde organiza a reorientação da formação em três eixos: a orientação teórica, os cenários de prática e a orientação pedagógica. O foco deste estudo é o eixo Cenários de Prática, identificados como espaços de vivência no campo que permitem aos estudantes novos olhares, aproximação concreta com a realidade, integração com os profissionais do serviço, aproximação e intervenções na comunidade^{5,3}. O eixo Cenários de Prática é dividido em três vetores: interação ensino-serviço, diversificação dos cenários do processo de ensino e articulação dos serviços universitários com o SUS³.

Dessa forma, torna-se importante compreender como vem avançando a formação profissional em Fisioterapia, tendo como base as estratégias preconizadas pelo Pró-Saúde, a fim de instrumentalizar a construção do conhecimento, a reflexão e o planejamento em relação à formação desses profissionais. Considerando o contexto apresentado, emerge a questão-problema deste estudo: Quais ações evidenciam o processo de reorientação da formação profissional de um curso de Fisioterapia nos cenários de prática?

Assim, considerando a inserção do curso de Fisioterapia da instituição estudada no Pró-Saúde, desde 2008, e no PET-Saúde, desde 2009, este estudo teve o objetivo de identificar, a partir da óptica de docentes e estudantes, ações que evidenciam a reorientação da formação profissional em Fisioterapia, no âmbito do eixo Cenários de Prática preconizado pelo Pró-Saúde.

Metodologia

Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, orientado pelo método de estudo de caso⁶. A pesquisa foi realizada em um curso de graduação em Fisioterapia criado em 2004, em uma universidade comunitária. O curso se encontra inserido no Pró-Saúde e nos projetos do PET-Saúde desde 2008.

Participaram do estudo 16 estudantes que cursavam o sexto e o oitavo semestres do curso de Fisioterapia na época da pesquisa; cinco deles foram bolsistas do Pró-Saúde ou do PET-Saúde nos anos de 2014 e 2015. Além dos estudantes, 11 docentes fisioterapeutas também integraram a população de estudo.

Para a coleta de dados, foram realizados três grupos focais, dois com estudantes e um com docentes. Cada um dos grupos focais com estudantes contou com a participação de seis e dez discentes e o grupo focal realizado com docentes teve a participação de nove professores.

Para ampliar a compreensão do caso em estudo, foi utilizada também a técnica de entrevista semiestruturada com o docente articulador do Pró-Saúde no curso e com o coordenador pedagógico. Tanto as entrevistas quanto os grupos focais foram realizados conforme preconizado por Minayo⁷, seguindo um roteiro de questões pré-elaboradas sobre as ações realizadas no curso que evidenciam a reorientação da formação profissional, de acordo com o documento que regulamenta o Pró-Saúde

no eixo Cenários de Práticas³. Os roteiros eram compostos por perguntas sobre a organização das práticas do curso, os cenários utilizados, como se davam as práticas nos serviços públicos de saúde e, especificamente, na Atenção Básica (AB), como eram organizadas as supervisões, se existiam ações interdisciplinares ou intercursos e a relação dos serviços próprios da instituição de ensino superior (IES) com o SUS.

Todos os participantes do estudo foram caracterizados quanto à idade; e os docentes, quanto ao tempo de graduação e titulação acadêmica. As entrevistas e o debate dos grupos focais foram gravados e, posteriormente, transcritos. O material textual passou por análise de conteúdo temática, realizada em três etapas – pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados obtidos e interpretação –, conforme proposição de Minayo⁷.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição em que o estudo foi realizado, conforme resolução n. 466\12 do Conselho Nacional de Saúde. A fim de garantir a privacidade e preservar a identidade dos sujeitos, foram utilizados códigos para identificação das falas: E para estudantes, EB para estudantes bolsistas e D para docentes.

Resultados e discussão

A faixa etária dos estudantes variou de 19 a 22 anos de idade; dos docentes, de 25 e 44 anos. O tempo de formação dos professores variou entre seis e 21 anos. Em relação à titulação dos docentes, um era doutor; oito eram mestres e dois eram especialistas.

Após análise de conteúdo, emergiram seis categorias analíticas de ações que evidenciam a reorientação da formação profissional nos cenários de prática do curso de Fisioterapia estudado. Estas serão apresentadas na sequência.

1) Realização do diagnóstico situacional

Entre as ações desenvolvidas no curso que evidenciam a reorientação da formação profissional nos cenários de prática, identificamos a “realização do diagnóstico situacional” nas disciplinas relacionadas à saúde coletiva como elemento organizador das práticas em saúde, conforme relatos a seguir:

“Na disciplina de Saúde Pública, os estudantes do terceiro período foram para as unidades básicas de saúde, com o objetivo de reconhecer o espaço, pensar e visualizar o fisioterapeuta, trabalharam com conceito de saúde neste território”. (D1)

“Na disciplina de Promoção da Saúde, no quinto período, se faz um primeiro diagnóstico e um reconhecimento do território. Posteriormente, realizam o planejamento de intervenções práticas”. (D8)

O diagnóstico situacional é uma ferramenta utilizada para analisar o ambiente de uma determinada população ou serviço e pode contribuir para a identificação dos problemas ou necessidades que demandam aquele espaço⁸. Reconhecer o território é um dos passos para caracterizar uma determinada população e seus problemas de saúde, além de dar subsídios para avaliar o impacto dos serviços de saúde em seus diversos níveis⁹.

Os achados do estudo mostram que os estudantes vão ao cenário de prática e realizam um levantamento prévio da situação, vulnerabilidades e doenças prevalentes, para posteriormente elaborarem estratégias de intervenção, mas não realizam as práticas juntamente com os profissionais da saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ou com os líderes comunitários daquele território, como pode ser observado a seguir em alguns relatos dos estudantes:

“Nas disciplinas de Promoção da Saúde I e II, que são no quarto e quinto período, reconhecemos o território e traçamos o perfil da população que vamos intervir”. (E8)

“Inicialmente, visitamos o espaço, porém, não foi feito um estudo aprofundado quando fomos para a Adevosco^(f), não estudamos a instituição e o entorno antes de entrar lá”. (EB1)

Esses relatos indicam a necessidade de se assumir o compromisso de estender as práticas de ensino nos diferentes serviços de saúde e articular com os profissionais e a comunidade, para, assim, promover a desfragmentação dos saberes. Para além do diagnóstico situacional, a territorialização(g) pode se constituir como um elemento organizador das práticas; possibilitar a interação do estudante com o território, com os problemas de saúde e com a comunidade; e estabelecer relações horizontais com outros setores e serviços, na perspectiva da intersetorialidade.

Pesquisa que buscou compreender a organização dos estágios em saúde coletiva sob a óptica dos preceptores e demonstrou que as intervenções se organizavam, primeiramente, com as discussões sobre o território, os equipamentos sociais e determinantes sociais da saúde. Os autores concluíram que a territorialização é considerada uma ferramenta que potencializa a integração ensino-serviço de saúde¹¹.

Pondera-se que é preciso avançar no sentido de produzir e incorporar a territorialização nas ações pedagógicas, pois observamos nos relatos dos sujeitos que o processo ainda é reduzido ao diagnóstico situacional. Tanto a territorialização quanto o diagnóstico situacional contribuem para fortalecer a interação ensino-serviço por meio da inserção do estudante nos serviços de saúde e do estreitamento das relações com profissionais e comunidade, o que aproxima as práticas em saúde da realidade, produzindo tomadas de decisões mais eficazes.

2) Organização das práticas em complexidade crescente

Outra ação identificada é a “organização das práticas em complexidade crescente”, principalmente aquelas previstas por meio de um programa instituído na matriz curricular do curso de Fisioterapia denominado Vivências. Esse programa organiza ações integradoras que ocorrem a cada semestre, em complexidade crescente, e que envolvem a observação, a avaliação, o acompanhamento e a intervenção nos três níveis de atenção em saúde, nas diversas áreas de conhecimentos fisioterapêuticos¹². Algumas falas representam aspectos das práticas em complexidade crescente:

“As práticas articuladas ao Programa Vivências do curso começam no primeiro semestre, com a observação, até chegar às práticas assistidas”. (E6)

“Os primeiros semestres têm ‘O ser fisioterapeuta’, em que nós vamos para as clínicas de Fisioterapia e observamos o fazer desse profissional no cotidiano”. (E15)

“Nas disciplinas de Promoção da Saúde I e II (articuladas às Vivências IV e V) realizamos as intervenções ainda no CCI^(h), Nosso Lar⁽ⁱ⁾, Adevosco, Apae^(j), no CAPP^(k) e no albergue municipal”^(l). (EB3)

^(f) A Associação de Deficientes Visuais de Santa Catarina. O curso realiza atividades que visam à promoção da saúde por meio de orientações e programa de exercício físico.

^(g) Objetiva reconhecer o ambiente, a população e a dinâmica social existente nesse espaço por meio da identificação de aspectos geográficos e culturais do ambiente, do perfil demográfico, epidemiológico, político e social, além do mapeamento da área e do planejamento intersetorial¹⁰.

^(h) Centro de Convivência de Idosos. São realizadas atividades com idosos institucionalizados.

⁽ⁱ⁾ A Associação Espírita Nosso Lar objetiva auxiliar e capacitar gestantes carentes para confecção de enxovais aos seus filhos. São realizadas intervenções com as gestantes.

^(j) Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais. O curso realiza práticas de observação até a prática assistida nesse espaço.

^(k) Centro de Atividades Psicossociais Patrick. O curso realiza práticas de observação até a prática assistida nesse espaço.

^(l) O Albergue João Piltz oferece hospedagem e refeições às pessoas que fazem tratamento de oncologia ou que vêm à procura de uma vida melhor. O curso realiza intervenções com os acolhidos nesse espaço.

As atividades teórico-práticas do Programa Vivências estão organizadas por semestres. No primeiro semestre, são previstas atividades de observação sobre o Ser Fisioterapeuta em diferentes contextos – clínicas, organizações e consultórios fisioterapêuticos –, que são registradas em diário de campo. Na segunda fase, são realizadas novas observações nesses espaços, mas os estudantes refletem sobre o Ser e o Fazer do Fisioterapeuta. Em uma terceira etapa, articulada com o Vivências Interdisciplinares e Multiprofissionais (VIM), projeto proposto pelo Pró-Saúde, são realizadas vivências na Atenção Básica à Saúde – o que será abordado na sequência. Na quarta e quinta fases, são realizadas práticas em que o foco é a atuação do fisioterapeuta na promoção da saúde em grupos populacionais específicos e em espaços como os mencionados no relato do sujeito EB3. Na sexta fase, os estudantes realizam avaliação e diagnóstico das necessidades de uma família e propõem intervenção. Na sétima fase, vivenciam o fazer do profissional, em outros estados e municípios, a fim de conhecer a realidade de trabalho do fisioterapeuta em diferentes contextos.

A vivência está organizada dentro de uma carga horária de quarenta horas, que representa dois créditos em cada semestre. Os relatos dos sujeitos do estudo demonstram que, no que se refere à necessidade de potencializar o aprendizado prático durante a formação desde o início do processo e em complexidade crescente³, o que está preconizado no documento do Pró-Saúde no eixo Cenários de Prática é atendido no curso.

Estudo realizado em um curso de Fisioterapia na Paraíba observou que os estudantes reconhecem a importância de processos formativos que estimulem a diversidade de ações de aprendizagem capazes de provocar mudanças nos conhecimentos e na formação¹³. Como destaca o sujeito D11, a seguir, há diversidade de vivências e locais diferentes para as práticas ao longo do processo de formação no curso em questão, viabilizado pelo Programa Vivências:

“No quarto e quinto período eles também se inserem em cenários práticos em populações diversas de acordo com o ciclo da vida, como crianças, mulheres, idosos, deficientes visuais, que são em espaços parceiros da universidade, todos em Chapecó [...]. No sétimo período, na disciplina de Estágio de Fisioterapia Geral, os estudantes vão para espaços fora do município, para que o estudante [...] vivencie esse espaço e também um pouco mais do trabalho do fisioterapeuta em outras realidades”. (D11)

As diversificações das experiências garantem ao estudante o desenvolvimento da compreensão do trabalho a ser realizado nos diversos níveis de atuação. No curso estudado, têm sido ofertados alguns cenários de práticas para além da clínica privada, o que evidencia um compromisso com uma formação generalista e pautada em vivências extramuros, que fortalecem a construção de um perfil profissional embasado na integralidade da ação.

As práticas em contextos reais possibilitam aos estudantes compreender a dimensão do cuidado e os colocam como participantes do processo de trabalho em saúde, permitindo que adquiram habilidade para intervir em variadas situações, muitas delas oportunizadas pela diversidade dos cenários. Assim, as práticas instrumentalizam os estudantes para a atuação profissional em suas diferentes áreas de atuação¹⁴.

A diversidade de experiências ao longo da formação promove o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento saudáveis mediante os desafios da profissão, além de potencializar processos de ensino-aprendizagem que enriquecem a relação teoria-prática¹⁵. Além da diversidade de experiências descritas anteriormente, as práticas em complexidade crescente possibilitam ao estudante construir habilidades de acordo com o grau de autonomia desenvolvido ao longo do curso.

3) Vivências práticas interdisciplinares

É importante pontuar que, além das práticas em complexidade crescente, as vivências práticas interdisciplinares também foram elencadas pelos sujeitos do estudo como atividades que evidenciam a reorientação da formação profissional no curso. A interdisciplinaridade pode ser compreendida como “[...] a integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas; desse processo interativo, todas as disciplinas devem sair enriquecidas”¹⁵ (p. 109).

As vivências práticas interdisciplinares do curso são oferecidas principalmente pelo Projeto Vivências Interdisciplinares e Multiprofissionais (VIM), destacado por estudantes e professores como uma prática importante, da qual o curso de Fisioterapia participa junto com os demais cursos da área da saúde:

“O VIM no terceiro período [...] somos distribuídos com estudantes dos outros cursos [...] e vamos a unidades básicas de saúde reconhecer território”. (EB5)

“No VIM vamos reconhecer a atuação de cada profissional dentro da unidade básica de saúde”. (E8)

“O programa realiza atividades com estudantes e professores de outros cursos. Eu acredito que isso impactou positivamente em todos, pelo menos no meu grupo conseguimos discutir sobre vários casos dos serviços, com a ideia de cada área, de acordo com sua futura profissão”. (E11)

O VIM foi elaborado a partir da proposta do Pró-Saúde, fruto de um processo de discussão dos professores da área de Ciências da Saúde e dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde. O projeto VIM tem como objetivo a inserção dos estudantes na AB com o intuito de observar as atividades realizadas no local, interagindo com profissionais e usuários do serviço. Esse projeto envolve estudantes dos cursos das áreas da saúde e ciências biológicas e das ciências sociais e humanas dessa IES, tendo como tutores profissionais dos serviços públicos de saúde, além de docentes dos cursos envolvidos¹⁶.

Pesquisa com estudantes da área da saúde que realizavam ações interdisciplinares junto com a equipe de saúde evidenciou a importância desse trabalho para o alcance da integralidade das ações no âmbito da Atenção Básica¹⁷, constituindo-se em uma experiência singular que potencializa a formação profissional.

Uma formação direcionada para o trabalho em equipe transforma as práticas em saúde e as direciona para a integralidade no cuidado, além de possibilitar aos profissionais um melhor planejamento das ações, sem se restringir ao processo saúde-doença^{18,19}.

Segundo o documento do Pró-Saúde, a atuação interdisciplinar e o trabalho em equipes multiprofissionais são pouco explorados pelas IES, o que se assemelha nas equipes de saúde, tendo como consequência as ações isoladas de cada profissional e a fragmentação do cuidado³. Nesse sentido, as práticas interdisciplinares precisam ser estimuladas, visto que instigam a troca de saberes e principalmente a criação de estratégias que melhoram as intervenções em saúde.

4) Práticas multiprofissionais

Outra ação de reorientação destacada pelos sujeitos do estudo foi a realização de práticas multiprofissionais, conforme verificado nestes depoimentos:

“O estágio de oncologia desenvolve uma prática, há três anos, com três disciplinas do curso de Psicologia. Fazem atendimento em grupo com os pacientes da clínica-escola de Fisioterapia. São atividades coletivas nas quais eles participam e fazem devolutiva com os estudantes de Fisioterapia. Tem ainda a avaliação e atendimento psicológico, essa ação é mais pontual”. (D7)

“No quarto e quinto período, as disciplinas de promoção da saúde têm estimulado a convidar outros estudantes a se inserirem nas atividades da Fisioterapia, já tivemos atividades bem interessantes com os estudantes da Nutrição, Psicologia e Educação Física, que realizavam as práticas de promoção da saúde na comunidade conosco, após nosso convite”. (D11)

A prática multiprofissional é considerada uma modalidade de trabalho coletivo que busca a articulação de diversas disciplinas, e cada profissional atuará de acordo com o seu saber especializado¹⁹. Esse modelo de trabalho emerge da necessidade de efetivar o cuidado integral em

saúde como umas das estratégias de reorganização dos serviços de saúde, focada na prática integrada entre as diversas profissões²⁰. O trabalho multiprofissional deve ser desempenhado por vários profissionais e é a base para avançar na interdisciplinaridade.

Para tanto, emerge a necessidade de inserir as atividades multiprofissionais nos currículos, de modo que o estudante tenha conhecimento e preparo para atuar em equipe²¹. No processo de organização do curso, têm sido observados esforços para a realização de ações multiprofissionais por meio do incentivo a essas ações nos estágios supervisionados vinculados à saúde coletiva, conforme relato:

“No grupo de incontinência urinária que realizamos no Centro de Saúde do BV, as atividades ocorrem em conjunto com o curso de Medicina, que está no internato de Ginecologia e Obstetrícia [...]. Dentro do estágio já foi feito algumas vezes o dia do tabaco [...] a Nutrição foi falar sobre o que acontecia com os receptores gustativos; a Odontologia foi falar um pouco da oralidade, da higiene bucal; a Fisioterapia, das questões da fisioterapia respiratória; a Educação Física trabalhou com a importância da prática de atividade física; a Medicina trabalhou com a temática das doenças prevalentes; e a Psicologia, o instrumento emocional do cigarro [...]. Foi uma atividade pontual, claro, incipiente, mas temos tentado [...]”. (D11)

Estimular essas práticas multiprofissionais ao longo do processo de formação amplia a visão de cuidado do sujeito e busca o desenvolvimento de competências que colaboram para o cuidado do sujeito de maneira integral, previstas como necessidade da formação profissional para o SUS.

Relato de experiência de uma disciplina que detalhou a realização de atividades nos serviços do SUS em um contexto multiprofissional, a partir do olhar dos docentes e estudantes, concluiu que a proposta possibilitou aos estudantes convívio, troca de experiências e produção coletiva textual, consolidando-se como um processo permanente de qualificação e atuação para profissionais, estudantes e professores²¹.

Nesta perspectiva, potencializar e programar essas ações depende do planejamento pedagógico, acompanhamento e gestão do curso. Há necessidade de se planejar e integrar mais ações multiprofissionais, como uma estratégia permanente no processo de formação, diversificando os espaços e realizando ações em conjunto com as equipes da ESF e NASF. Torna-se importante, para avançar, planejar ações multiprofissionais no serviço e na comunidade, articulando a IES com NASF e ESF para integrar profissionais, estudantes e professores.

Essas experiências multiprofissionais têm incentivado a ampliação do processo de formação dos profissionais da saúde, direcionando para a ruptura do ensino em especialidades, por meio de uma intervenção ampliada e da produção de novos saberes, tendo como consequência uma melhora no atendimento dos serviços. Para o ensino, as ações multiprofissionais precisam ser permanentes e contínuas, incorporadas aos planos de ensino e ao planejamento dos cursos.

5) Diversificação de práticas nas disciplinas profissionalizantes

Também foi descrita pelos atores deste estudo como uma ação de reorientação da formação a diversificação de práticas nas disciplinas profissionalizantes da Fisioterapia, conforme relatos:

“Na disciplina de Fisioterapia em Ergonomia, no quinto período, realizamos as práticas nos setores da universidade, em pequenos grupos. Realizamos ações ergonômicas e de atividade laboral, e posteriormente elaboramos estratégias para melhoria no setor [...]”. (E7)

“Nas áreas da ortopedia e desportiva realizamos as intervenções com os atletas no laboratório de fisioterapia, isso ocorreu no quinto e sexto período [...], na disciplina de Fisioterapia na Geriatria e Gerontologia, vamos aos centros de convivência de idosos, na disciplina de Fisioterapia Respiratória, vamos para o hospital; ambas ocorrem no sexto período”. (E16)

“Na área da cardiopulmonar, as práticas ocorrem aqui no laboratório, na clínica-escola e no hospital regional, são organizadas avaliação e intervenção com pacientes”. (D9)

A diversificação dos espaços de práticas nas áreas profissionalizantes da formação do fisioterapeuta possibilita o contato com usuários e familiares e a efetivação da articulação da teoria com a prática, contribuindo para superar a fragmentação dos saberes.

São diversas as vivências práticas em disciplinas profissionalizantes socializadas pelos sujeitos deste estudo:

“No componente de Fisioterapia em Geriatria e Gerontologia, neste semestre, fizemos um trabalho de campo, em grupos de idosos na comunidade e em centros comunitários, interessante é que foram para espaços tanto urbanos como rurais”. (D1)

“Dentre os locais de práticas [...] temos atendimentos da comunidade geral e em alguns salões comunitários que estão vinculados às unidades básicas de saúde”. (D10)

A comunidade pode ser um campo fértil de ensino, possibilitando ao estudante praticar no cenário e articular as atividades naquele contexto, o que pode viabilizar a integração das práticas com equipamentos sociais presentes na comunidade como escolas, grupos comunitários e equipes de ESF²². Estudo realizado com egressos do curso de Odontologia observou a importância dos estágios na comunidade para formação: essas experiências representaram para o grupo de estudantes um espaço de reflexão sobre as ações em saúde²⁰.

Para além disso, práticas na comunidade proporcionam o exercício da responsabilidade social, permitindo aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades e atitudes, adquiridas no contato direto com diferentes atores que convivem nesses espaços²³. Dessa forma, as práticas em diversos cenários devem integrar as áreas básicas e profissionalizantes, ao longo de todo o curso, para garantir uma formação generalista, que atue nos três níveis de atenção em saúde.

6) Intervenções na Atenção Básica à Saúde

Também na óptica dos docentes e estudantes, as intervenções na Atenção Básica à Saúde foram identificadas como ações que evidenciam a reorientação:

“Os estágios de saúde coletiva desenvolvem práticas na Atenção Básica com grupo de gestantes, incontinência urinária, ginástica laboral com as agentes comunitárias de saúde, intervenção na sala de espera e as visitas domiciliares”. (D2)

A Atenção Básica à Saúde pode ser definida como um conjunto de ações de saúde, nos âmbitos individual e coletivo, que envolve a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos por intermédio do trabalho em equipe, dirigidos a populações de territórios definidos²⁴. A Atenção Básica é a principal porta de entrada do SUS e possibilita resolver grande parte dos problemas de saúde, evitando a busca pelo atendimento nas emergências dos hospitais.

É necessário incentivar as ações na Atenção Básica desde o início da formação, fortalecendo a relação entre teoria e prática e oportunizando aos estudantes um espaço de construção do conhecimento, em atuação articulada com o serviço²⁵.

No curso estudado, apesar de haver a previsão de realização de práticas na Atenção Básica, elas ocorrem, especialmente, nos últimos anos do curso. Nesse aspecto, há necessidade de avanços, para que essa inserção busque uma articulação das atividades do ensino com a rotina de trabalho da equipe e o planejamento de ações com os profissionais do serviço. Essas ações, quando ocorrem de forma pontual dentro dos serviços, não são suficientes para provocar de fato mudanças na formação para o SUS³.

Estudo realizado com estudantes do curso de Medicina em uma universidade de Minas Gerais evidenciou que eles reconheceram a Atenção Básica como um cenário positivo para o processo de formação, pois a inserção produz uma relação mais próxima com os usuários e o conhecimento da complexidade do SUS. O estudo destacou, ainda, a importância da realização de visitas domiciliares como práticas de estágio²⁶. Docentes e estudantes apontaram, nesse estudo, a realização das visitas domiciliares como uma das ações realizadas na AB, conforme fala de D2 apresentada anteriormente.

A visita domiciliar é uma das atividades realizadas pelos profissionais que atuam na Atenção Básica. Estudo que buscou conhecer os significados atribuídos à visita domiciliar na ótica de estudantes de Fisioterapia destacou, dentre os principais achados, que a vivência na realidade das famílias atendidas colaborou com o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias ao trabalho em saúde, o que fortalece a construção do perfil profissional do fisioterapeuta^{6,27}.

Em relação às intervenções na Atenção Básica, neste estudo, foram relacionadas somente as disciplinas vinculadas à saúde pública, conforme estes relatos:

“A disciplina de Fisioterapia na Atenção Básica e também o Estágio de Saúde Coletiva, que realmente faz práticas na Atenção Básica”. (D10)

“No Estágio de Saúde Coletiva, a primeira atividade quando eles chegam ao território [...] participam de uma reunião da equipe para entender também o fluxo, demanda, os obstáculos do trabalho, reconhecem o entorno passeiam em torno das áreas a que aquele espaço pertence, para posteriormente realizar o estágio obrigatório com a comunidade e profissionais do serviço”. (D11)

Esses relatos demonstram que o curso estudado apresenta uma diversidade de práticas em diferentes cenários, mas necessita avançar e garantir melhores possibilidades de práticas nos serviços do SUS. O curso pode integrar as ações de nível primário, secundário e terciário nesses espaços públicos, visto que “[...] a rede básica não elimina os níveis mais complexos, sendo que as linhas de cuidado (da promoção à recuperação) representam a estratégia do SUS para enfrentar o enorme desafio de otimizar os recursos disponíveis nesta proposta ousada que é um sistema universal e equânime”³.

Pesquisa realizada em uma universidade da Bahia com estudantes do curso de Fisioterapia sobre sua percepção em relação à atuação na Atenção Básica à Saúde evidenciou que os estudantes referiram não se sentirem aptos a atuar nesse espaço quando formados, o que representa uma fragilidade durante o processo de ensino-aprendizagem do fisioterapeuta nesse âmbito. Segundo os autores, isso se deu devido ao fato de a construção das práticas nessa área ocorrer de forma limitada a poucas disciplinas, principalmente nas últimas fases do curso²⁷. Aquela realidade se assemelha à do curso ora estudado.

As ações na AB são realizadas no estágio supervisionado de saúde coletiva e também no componente curricular de Fisioterapia na Saúde Pública, que articula o projeto VIM, referido anteriormente. Práticas pontuais podem não ser suficientes para propor uma mudança na formação; fazem-se necessários mecanismos que proponham o incentivo do cuidado em uma abordagem integral do processo saúde-doença, por intermédio da inserção dos estudantes no cenário real do SUS.

Diante das ações que evidenciam a reorientação da formação, o curso em questão, no que se refere à interação ensino-serviço, em nossa análise, precisa avançar, pois conta com alguma articulação da programação teórica com a prática dos serviços públicos de saúde, mas em poucas áreas disciplinares³. No caso do curso, essa articulação ocorre em disciplinas vinculadas à saúde pública, com pouca interação das áreas disciplinares; a instituição como um todo não integra durante o processo de ensino a orientação teórica com a prática nos serviços públicos de saúde, principalmente na Atenção Básica, com a participação de todas as áreas disciplinares.

A diversificação dos cenários do processo de aprendizagem também precisa melhorar, visto que propõe atividades extramurais isoladas de acadêmicos em unidades do SUS, durante os primeiros anos do curso, com a participação predominante de professores da área de Saúde Coletiva,

correspondendo a um pequeno percentual da carga horária semanal do aluno. Além disso, o ciclo clínico é majoritariamente baseado em atividades assistenciais em instalações da universidade não funcionalmente vinculadas ao SUS³.

Quanto à articulação dos serviços universitários com o SUS, o curso está avançando, pois prevê serviços parcialmente abertos ao SUS, preservando algum grau de autonomia na definição dos pacientes a serem atendidos – os atendimentos são por demanda reprimida do SUS. Para alcançar satisfatoriamente a interação ensino-serviço e a diversificação dos cenários do processo de aprendizagem, o curso precisa construir estratégias que articulem as práticas nas diversas áreas disciplinares por meio das evidências propostas pelo documento do Pró-Saúde, em que os parâmetros sugeridos são o envolvimento da comunidade como espaço social participativo, incluindo o cuidado de saúde em todos os níveis de atenção, com a orientação coletiva, a participação de toda a instituição e o ajuste do cronograma do curso à lógica dos serviços. A meta a ser alcançada descreve, ainda, as práticas de atenção à saúde, ao longo de todo o curso, com carga horária nos diferentes níveis de atenção³.

Nessa direção, é necessário propor um diálogo com o serviço e integrar o espaço com o SUS. Isso porque o espaço físico já existe; assim, a necessidade é a de que este seja melhor aproveitado e que os recursos humanos da IES possam atuar nesse espaço segundo as premissas do SUS.

Considerações finais

Ao buscar identificar ações que evidenciem a reorientação da formação profissional em Fisioterapia, no âmbito do eixo Cenários de Prática, o estudo evidencia que as atividades realizadas aproximam o ensino do serviço e da comunidade. Mostra também que há uma organização das práticas em complexidade crescente no curso estudado, com incentivo para realização dessas vivências em diferentes realidades de saúde, desde o primeiro ano, o que tem promovido a diversificação dos cenários de aprendizagem.

Para formar profissionais preparados para atender as demandas de saúde do SUS, é necessário fortalecer a interação do ensino com o serviço e a inserção de práticas em complexidade crescente na Atenção Básica (AB) e nos serviços públicos de saúde, com ações interdisciplinares e que garantam ao estudante uma diversidade de práticas, com ações em todos os níveis de assistência. Construir estratégias de ensino-aprendizagem contínuas e planejar as atividades conjuntamente com os profissionais do serviço são ações que o curso de graduação em Fisioterapia precisa desenvolver para avançar no processo de reorientação da formação.

Há necessidade de realizar um movimento coletivo que estimule o diálogo e a maior integração entre os gestores da IES, do serviço e dos cursos da área da saúde. Torna-se necessário pactuar, organizar e negociar as inserções dos estudantes na AB, nas quais se dialogue sobre as necessidades do coletivo, não individualmente, curso a curso. Essas estratégias precisam ser planejadas de forma participativa, ouvindo os atores envolvidos no processo, para efetivamente produzir mudanças.

Como estratégia para que esses desafios sejam transpostos, a institucionalização das práticas do Pró/PET-Saúde pode ser um importante mecanismo, contribuindo para consolidar mudanças na formação profissional, já que as ações promovidas por esses dispositivos possibilitam a aproximação ensino-serviço com práticas interdisciplinares nos serviços públicos de saúde, principalmente na Atenção Básica, e ofertam uma diversificação de cenários para efetivar a relação teoria e prática.

Colaboradores

Ana Paula Maihack Gauer, Fátima Ferretti e Carla Rosane Paz Arruda Teo participaram da elaboração do artigo na íntegra, redação, discussão e revisão do texto. Lucimare Ferraz e Maria Cristina Flores-Soares participaram da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Freitas PH, Colome JS, Carpes AD, Backes DS, Beck CLC. Repercussões do pet-saúde na formação de estudantes da área da saúde. *Esc Anna Nery*. 2013; 17(3):496-504.
2. Leal JAL, Melo CMM, Veloso RBP, Juliano IA. Novos espaços de reorientação para formação em saúde: vivências de estudantes. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(53):361-71.
3. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação (BR). Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
4. Ministério da Saúde (BR), Ministério da Educação (BR). Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde-PET-Saúde. *Diário Oficial União*. 26 Ago 2008; Seç. 1:97.
5. Moraes FRR, Jales GML, Silva MJC, Fernandes SF. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. *Trab Educ Saude*. 2012; 10(3):541-51.
6. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 4a ed. Porto Alegre: Bookmann; 2010.
7. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
8. Luvisaro BMO, Lima GS, Freire EMR, Martinez MR. Diagnóstico situacional em unidade de terapia intensiva: relato de experiência. *Rev Adm Hosp Inov Saude*. 2014; 11(2):67-78.
9. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saude Publica*. 2005; 21(3):898-906.
10. Pereira MP, Barcellos C. O território no programa de saúde da família. *Hygeia*. 2006; 2(2):47-55.
11. Forte FDS, Pessoa TRRF, Freitas CHSM, Pereira CAL, Carvalho JPM. Reorientação na formação de cirurgiões-dentistas: o olhar dos preceptores sobre estágios supervisionados no Sistema Único de Saúde (SUS). *Interface (Botucatu)*. 2015; 19 Suppl 1:831-43.
12. Universidade Comunitária. Projeto Pedagógico do Curso Estudado. Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Fisioterapia. Cidade; 2014.
13. Medeiros DKS, Neves RF. Análise crítica das práticas na atenção primária à saúde com base nos relatos dos estudantes do curso de fisioterapia. *Rev Baiana Saude Publica*. 2013; 37(1):87-105.
14. Benito GAV, Tristão KM, Paula ACSF, Santos MA, Ataíde LJ, Lima RCD. Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado. *Rev Bras Enferm*. 2012; 65(1):172-8.
15. Costa RP. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*. 2007; 5(8):107-24.
16. Miechuanski PC, Kleba ME. Acadêmicos da Unochapecó na interação com sistema único de saúde e ESF através do Projeto Pró-Saúde. *Rev Bras Educ Med*. 2012; 36 Suppl 2:131-5.

17. Alvarenga JPO, Meira AB, Fontes WD, Xavier MMFB, Trajano MP, Neto GC, et al. Multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na formação em saúde: vivências de graduandos no estágio regional interprofissional. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7(10):5944-51.
18. Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. *ABCS Health Sci*. 2015; 40(3):229-33.
19. Salvador AS, Medeiros CS, Cavalcanti PB, Carvalho RN. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a residência multiprofissional em saúde da família e comunidade. *Rev Bras Cienc Saude*. 2011; 15(3):329-38.
20. Fernandes EGS, Masieiro AV, Kuhnen M. Percepção de cirurgiões dentistas inseridos na estratégia de saúde da família sobre o trabalho multiprofissional. *Rev GepesVida*. 2015; 1(2):56-70.
21. Toassi RFC, Lewgoy AMB. Práticas integradas em saúde I: uma experiência inovadora de integração intercurricular e interdisciplinar. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(57):449-61.
22. Panúncio-Pinto MP, Rodrigues MLV, Fiorati RC. Novos cenários de ensino: a comunidade e o território como espaços privilegiados de formação de profissionais da saúde. *Medicina (Ribeirão Preto)*. 2015; 48(3):257-64.
23. Brandão ERM, Rocha SV, Silva SS. Práticas de integração ensino-serviço-comunidade: reorientando a formação médica. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(4):573-7.
24. Brehmer LCF, Ramos FRS. O modelo de atenção à saúde na formação em enfermagem: experiências e percepções. *Interface (Botucatu)*. 2016; 20(56):135-45.
25. Massote AW, Belisário AS, Gontijo ED. Atenção primária como cenário de prática na percepção de estudantes de medicina. *Rev Bras Educ Med*. 2011; 35(4):445-53.
26. Medeiros PA, Pivetta HMF, Mayer MS. Contribuições da visita domiciliar na formação em fisioterapia. *Trab Educ Saude*. 2012; 10(3):407-26.
27. Silva LWS, Souza M, Souza TO, Souza TF. Contexto do cuidado fisioterapêutico: reveses e vieses na inserção comunitária à atenção domiciliar. *Rev Kairós*. 2013; 16(3):79-101.

Gauer APM, Ferretti F, Teo CRPA, Ferraz L, Soares MCF. Acciones de reorientación de la formación profesional en Fisioterapia: enfoque sobre escenarios de práctica. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):565-76.

El objetivo de este artículo fue identificar, a partir de la óptica de docentes y estudiantes, acciones que dejan en evidencia la reorientación de la formación profesional en Fisioterapia, en el ámbito del eje Escenario de Práctica, conforme determinado por el programa Pro-Salud. Se trata de una investigación cualitativa que siguió el método del estudio de caso, realizada en una universidad comunitaria con 16 estudiantes y 11 docentes del curso de Fisioterapia. La colecta de datos se realizó por medio de grupo focal y entrevista. Entre las acciones que dejan en evidencia la reorientación de la formación profesional están las siguientes: realización del diagnóstico situacional, prácticas de complejidad creciente, diversificación de prácticas en las asignaturas profesionalizantes, vivencias interdisciplinarias en el servicio público de salud, prácticas multi-profesionales e intervenciones en la Atención Básica. Para promover avances en el proceso de formación profesional es necesario crear estrategias de enseñanza-aprendizaje continuas y planificar las prácticas de forma integrada con los servicios de salud.

Palabras clave: Capacitación de recursos humanos en salud. Fisioterapia. Programas nacionales de salud.

Submetido em 17/10/16. Aprovado em 01/02/17.

Integrando emoções e racionalidades para o desenvolvimento de competência nas metodologias ativas de aprendizagem

Carlos Alberto Mourthé Junior^(a)

Valéria Vernaschi Lima^(b)

Roberto de Queiroz Padilha^(c)

Mourthé Junior CA, Lima VV, Padilha RQ. Integrating emotions and rationalities for the development of competence in active learning methodologies. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):577-88.

This paper discusses a rationalist/objectivist tradition of teaching and learning, with the support of a constructivist, dialogic and competence-based educational practice. Artistic expressions, particularly cinematographic ones, are presented as educational triggers. Students are organized into small groups in which they share, correlate and discuss their emotions, allowing for a better understanding of the rationalities involved in the learning process. As the groups present different stages of problematizing their emotion, we propose categories to support teachers and members in identifying the conversational nature of the groups, supporting their interventions and contributions for the individual and social development of the participants, with reference to a proficiency profile.

Keywords: Active learning. Professional competence. Education. Emotions. Art.

Sustentado em uma prática educacional construtivista, dialógica e baseada em competência, este artigo discute uma tradição racionalista/objetivista de ensino-aprendizagem. Expressões artísticas, especialmente cinematográficas, são apresentadas como disparadores educacionais. Educandos organizados em pequenos grupos compartilham, correlacionam e conversam sobre suas emoções, possibilitando uma melhor compreensão das racionalidades envolvidas no processo de aprendizagem. Como os grupos apresentam diferentes estágios de problematização das emoções, propomos categorias para apoiar docentes e integrantes na identificação da natureza conversacional dos grupos, favorecendo suas intervenções e contribuições para o desenvolvimento individual e social dos participantes, com referência a um perfil de competência.

Palavras-chave: Aprendizagem ativa. Competência profissional. Educação. Emoções. Arte.

^(a) Instituto de Ensino e Pesquisa, Hospital Sírio-Libanês IEP/HSL. Rua Prof. Daher Cutait, 69, Bela Vista, São Paulo, SP, Brasil. 01308-060. carlosmourthe@gmail.com

^(b, c) Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. valeriavl@uol.com.br; rqpadiha@gmail.com

Introdução

Vivemos, na contemporaneidade, importantes dilemas educacionais que, por mais evidentes que possam parecer, mantêm-se distanciando discursos e práticas educativas. Se de um lado ampliam-se as reflexões sobre as necessidades de transformação dos modelos de ensino-aprendizagem voltados ao desenvolvimento integral dos estudantes, por outro, ainda vemos conservar-se uma tradição de ensino indiferente às novas descobertas sobre como as pessoas aprendem.

Buscando contribuir para a ampliação de experiências com melhoria efetiva nas condições e resultados educacionais, este artigo objetiva discutir a inclusão das emoções em atividades educacionais, contribuindo para a desmistificação da histórica dicotomia “razão e emoção”. Nesse sentido, propomos dispositivos metodológicos construtivistas e dialógicos, capazes de acessar essas duas dimensões de modo interconectado, no processo de aprendizagem e no desenvolvimento de competência.

O privilégio da racionalidade

O privilégio da razão tem raízes em filósofos da Grécia antiga, como Platão, que valorizava o pensamento universal em detrimento das paixões, prazeres e valores individuais. Está presente nas produções de René Descartes (1596-1650), que considerava a existência a partir do ato de pensar, e de Immanuel Kant (1724-1804), que afirmava a impossibilidade do encontro entre a razão e a felicidade^{1,2}.

A partir das últimas décadas do século XVII, a valorização da ciência passou a exercer crescente influência na educação. Essa influência produziu expressões que variaram do cientificismo, pela negação de qualquer forma de conhecimento fora da razão, às tendências que buscaram religar ciência e cultura³.

O modelo epistemológico baseado exclusivamente na razão remonta à própria emergência do pensamento científico moderno. A valorização da objetividade, feita por meio do desvelamento, descoberta e manipulação precisas do objeto, com a incessante busca de se retirar as interferências do observador, tem sido realizada desde a construção do método analítico, alcançando sua consagração no século XIX, no chamado círculo de Viena, berço do positivismo lógico. A busca de uma linguagem unificada para a ciência dependia de uma reificação do objeto e de uma busca precisa de sua compreensão⁴.

O filósofo Rorty⁵ denomina a tradição positivista de objetivista. Para esse autor, a cultura ocidental vem sendo centrada na busca pela “verdade”, presente desde os filósofos gregos, sendo o exemplo mais claro da tentativa de encontrar um sentido para a existência, a partir da negação das emoções em direção à objetividade. Para serem considerados racionais, os procedimentos de justificação precisam conduzir à “verdade”, à correspondência com a realidade, à natureza intrínseca das coisas. Essa objetividade não é construída por meio da compreensão de nós mesmos como membros de algum grupo real ou imaginário, mas pela nossa vinculação a algo que pode ser descrito sem referência a nenhum ser humano em particular (p. 37).

A influência desse modelo positivista sobre o *modus operandi* da ciência e sua contínua retroalimentação pelas vias educacionais reafirmam o mito da objetividade que se estabeleceu como elemento fulcral na constituição das atividades profissionais contemporâneas, especialmente por meio de sistemas burocráticos e da tendência tecnicista na educação. Objetivos aplicáveis em comportamentos observáveis, regras de conduta e práticas generalizáveis buscam uma isenção objetiva que visa “excluir” as interferências do observador sobre o objeto, favorecendo o controle e a uniformização¹.

Mesmo após a educação formal ter-se focalizado nas ciências e no racionalismo, a prática educacional manteve-se centrada no professor e baseada na repetição, na disciplina e no controle.

Uma tradição secular nas práticas educacionais

Nas escolas das sociedades ocidentais, as ideias e valores da Pedagogia Clássica atravessaram, sem questionamentos, a idade média e a moderna, até meados do século XVIII. A consolidação dessa tradição passou pela educação medieval escolástica, que pretendia conciliar fé e razão, e pelos pensamentos humanista e iluminista da idade moderna (1453-1789), que sobrepuseram a razão à religião^{1,2}.

Os valores do Iluminismo enalteciam a liberdade individual e se opuseram ao obscurantismo da Igreja e à prepotência dos governos absolutistas³.

Como reação ao período anterior, de grande concentração do poder no clero e na nobreza, o racionalismo buscou libertar o pensamento da repressão imposta pelo medo do desconhecido e do sobrenatural. Neste sentido, a comprovação de descobertas científicas e a conquista de outros continentes ampliaram o valor da experiência e o papel da objetividade como alicerces da razão e contraponto à crença e ao sobrenatural.

Entretanto, na Pedagogia Clássica, as necessidades, os campos de interesses e o contexto sociocultural dos estudantes não influenciavam a seleção de conteúdos, uma vez que os docentes já sabiam o que deveria ser ensinado e conheciam todas as respostas para supostas perguntas^{1,2}.

Somente no fim do século XIX e início do século XX o movimento denominado "Pedagogia Nova" ou "Escola Nova" passou a apontar as limitações e inadequações da Pedagogia Clássica e a importância do uso de metodologias baseadas na experiência e maior proatividade dos estudantes. Embora inovador por ser centrado nas necessidades dos estudantes, o movimento escolanovista teve baixa adesão em relação ao modelo tradicional, em função das mudanças nos papéis e na relação professor-aluno e da necessidade de redução do número de estudantes por classe, com maior disponibilização de recursos educacionais^{1,2}.

A ciência e a educação na saúde

As áreas de conhecimento que implicam intervenções no mundo, para além do objetivo de conhecer, podem ser consideradas como áreas de "ciência aplicada"; nelas, as regras gerais devem ser adaptadas às "situações concretas"¹ (p. 362). Nesse contexto, profissões cuja prática representa uma ciência aplicada, que envolve a dimensão afetiva das pessoas e suas relações com o mundo, deveriam valorizar o desenvolvimento de capacidades cognitivas e afetivas dos educandos, por meio de uma abordagem que possibilite a interconexão das múltiplas dimensões envolvidas nas práticas laborais.

Em relação ao campo da Saúde, há uma tensão entre as concepções de ciência básica e aplicada. A tradição positivista da ciência básica dificulta o reconhecimento dos elementos transversais e fundantes do comportamento humano que se conectam à dimensão biológica e atravessam o processo saúde-doença. Nesse sentido, tão importantes quanto a identificação de necessidades vinculadas à dimensão biológica são aquelas relacionadas ao componente subjetivo e social que condicionam tanto a produção de saúde quanto o adoecimento das pessoas.

Embora possamos reconhecer movimentos de indução à formação de profissionais de saúde com um perfil mais holístico no tocante ao cuidado integral das pessoas⁶, esse processo mostra dificuldades em gerar respostas com a rapidez necessária ao enfrentamento dos desafios do mundo do trabalho. Dessa forma, a capacitação de profissionais inseridos no sistema de saúde tem sido uma demanda incontestável para a gestão de pessoas.

Para o enfrentamento do desafio de capacitar profissionais de saúde inseridos no mundo do trabalho, há iniciativas educacionais voltadas ao desenvolvimento de novas capacidades, nos âmbitos da graduação⁷ e da pós-graduação⁸. Essas iniciativas visam ampliar tanto a compreensão quanto as possibilidades de intervenção nos fenômenos de saúde-doença, no sentido da promoção de um cuidado integral.

A integração das dimensões humanas

Na esteira do resgate e reconhecimento das emoções como parte integrante do modo como os seres humanos se relacionam e produzem sua cultura, podemos identificar alguns autores que, por meio de investigações e intervenções nos campos da pedagogia, psicologia, medicina e sociologia trouxeram novas evidências sobre a participação das emoções no processo de aprendizagem. Embora existam diferenças entre as concepções que abordam as emoções nesse processo, destacamos dois consensos referentes ao valor atribuído à exploração da dimensão emocional nas interações humanas e à valorização da indissociabilidade entre as dimensões afetiva e racional. Nesse contexto, as teorias psicogenéticas de Piaget, Vygotsky e Wallon tiveram um importante papel na valorização da emoção no desenvolvimento e na aprendizagem humanas⁹.

Para Piaget¹⁰, afetividade e moral se conjugam harmoniosamente com a razão e, nesta relação, destaca que “[...] toda conduta, qualquer que seja, contém sempre um aspecto energético ou afetivo e um aspecto estrutural ou cognitivo” (p. 266). De acordo com esse autor, o desenvolvimento afetivo, assim como o cognitivo, ocorre em etapas que constroem o caráter moral, em uma relação entre a autonomia do sujeito e as regras sociais¹¹.

Vygotsky¹², por outro lado, destaca o caráter histórico e social no desenvolvimento das emoções e explora a mútua influência dos processos cognitivos e afetivos. Segundo Rego¹³, para esse autor, os “[...] desejos, necessidades, emoções, motivações, interesses e inclinações do indivíduo dão origem ao pensamento e este, por sua vez, exerce influência sobre o aspecto afetivo-volitivo” (p. 122).

De modo mais específico, Wallon¹⁴ diferencia emoção e afetividade. Para ele, as emoções apresentam um componente fundamentalmente orgânico na interação entre os sujeitos e o meio, sendo capazes de produzir impacto nas outras pessoas e de se propagarem no meio social; a afetividade, por sua vez, é simultaneamente social e biológica, sendo que a forma mais profunda de aprender ocorre com envolvimento afetivo¹⁵.

Esse arcabouço teórico fundamentou a teoria interacionista da educação, que explica o fenômeno da aprendizagem pela interação entre sujeitos e o mundo¹⁶. Segundo essa concepção, tanto a razão quanto a afetividade são construídas por meio da interação entre os sujeitos e da interação destes com o mundo e, a partir delas, transformam-se e reinventam-se como entidades distintas e, ao mesmo tempo, indissociáveis¹⁶.

Mais recentemente, autores do campo da neurociência, como Damásio¹⁷ e LeDoux¹⁸, e da psicologia, como Fridja¹⁹ e Goleman²⁰, aprofundaram o estudo das emoções como um componente constituinte das pessoas e parte integrante do processo de ensino-aprendizagem²¹. Embora estes estudos tragam novas informações sobre os fenômenos e mecanismos que subjazem a interação entre emoção e razão, Maturana²² considera que pertencemos a uma cultura que ainda confere ao racional uma validade transcendente, enquanto atribui às emoções um caráter arbitrário.

No bojo desta e de outras tensões; por exemplo, entre objetivo e subjetivo; e entre ciência e arte, emerge a teoria da complexidade, que, de acordo com Morin²³, liga, contextualiza e globaliza saberes e perspectivas até então considerados antagônicos ou ambíguos. Assim, o pensamento complexo permite articular disciplinas e dimensões de um modo mais sistêmico e holístico, tratando aspectos aparentemente antagônicos de um determinado fenômeno como complementares.

Dispositivos voltados à integração emoção-razão

A escolha e organização de dispositivos voltados à integração emoção-razão se fundamentam: (i) na educação interacionista, que reconhece as emoções como parte integrante das pessoas que se relacionam e produzem cultura; (ii) nas metodologias ativas, que requerem proatividade, engajamento, colaboração e cooperação dos educandos no processo de aprender; (iii) na aprendizagem significativa, que implica a construção de sentidos frente a um determinado objeto ou conteúdo; e (iv) no pensamento complexo, que requer o diálogo entre dimensões aparentemente antagônicas e contraditórias. Nesse contexto, a aprendizagem é um processo que conduz “[...] à integração, modificação, estabelecimento de relações e coordenação de esquemas de conhecimento que já

possuímos, dotados de uma certa estrutura e organização que varia, em vínculos e relações, a cada aprendizagem que realizamos”²⁴ (p. 20).

A partir deste referencial, destacamos um dispositivo que favorece a explicitação de emoções que subjazem às racionalidades. A arte cinematográfica associada ao uso de metodologias ativas, em diálogo com o perfil profissional, é a base das atividades chamadas de “viagem educacional”. Estas têm sido utilizadas com três propósitos principais: explicitar emoções e sentimentos; identificar o impacto que as emoções produzem e sua articulação com racionalidades; e fazer dialogar emoção e razão com o perfil de competência profissional em processos de capacitação.

Comparado outros métodos, o uso de filmes tornou-se um profícuo campo de estudos com vantagens destacadas por diversos autores^{25,26} entre as quais tem-se: facilidade de aplicação em cenário educacional; potência de determinados trechos para produzirem alterações subjetivas e, inclusive, fisiológicas; e amplo e dinâmico escopo das cenas cinematográficas que fornecem um modelo simulado da realidade, sem os problemas éticos e práticos da vida real.

Uma meta-análise conduzida por Westermann, Spies, Stahl e Hesse²⁶ mostrou que, entre outras técnicas, os cliques de filme são indutores mais potentes, tanto de estados de humor positivos como negativos. A mais ligeira perturbação em nossas retinas e nos tímpanos, ou mesmo a visita de uma memória inesperada, pode disparar instantâneas alterações emocionais. E com elas, alteram-se as possíveis operações sobre a nova configuração que se estabelece no sistema nervoso. Medo, alegria, solidariedade, nojo, inveja e ciúmes são alguns entre tantos estados emocionais que podem emergir nessa interação.

A escolha do termo “viagem educacional” visa potencializar a ideia de singularização esperada na interação de cada educando com o disparador utilizado na atividade educacional. Também nele está contemplado o absoluto respeito à interpretação e associações singulares realizadas pelos participantes, no sentido do amplo entendimento de que estas são originadas nos esquemas construídos pelo sujeito em experiências prévias²⁷.

Na maior parte das vezes, os disparadores das viagens são filmes escolhidos pelos docentes segundo uma determinada intencionalidade educacional, embora haja a utilização de outros dispositivos originados pela criatividade e talentos de educandos e docentes envolvidos, como: dramatizações, produções musicais, dança e poesia, entre outros. Quando o disparador é um filme, a atividade é chamada de cineviagem; para dispositivos que envolvem maior expressão corporal ou sensorial dos participantes, utilizamos a denominação de instalações²⁷.

Nessa ação educacional, destacamos cinco características que favorecem a integração da razão e emoção. A primeira: o real deixa de ser uma petição de obediência e passa a ser uma possibilidade coordenada na linguagem. No que diz respeito à prática pedagógica, o foco sai do docente e da transmissão instrutiva para a construção de saberes, que integra diferentes dimensões constitutivas (emocionais, históricas, culturais) tanto do educando quanto de outros envolvidos na dinâmica educacional²⁸.

O processo conversacional é um substrato fundamental para o tensionamento do já conhecido e para a emergência de novas concepções. Quando o foco sai do objeto e vai para a interação, a forma de avaliação da eficácia do processo educacional não é mais a aproximação a um conhecimento ideal, onisciente, universal, mas sim uma avaliação da mobilização de capacidades para enfrentar, com sucesso e de modo contextualizado, os problemas da prática²⁸.

A segunda: a confiança no desenvolvimento das capacidades para aprender a aprender e do raciocínio crítico reflexivo dos educandos. Essa postura liberta os professores da necessidade de transmitir toda a extensão de conteúdos considerados necessários e favorece a oferta de atividades que promovam a ampliação da busca por informações, associada à análise crítico-reflexiva e contextualização das mesmas. Não significa abrir mão da intencionalidade educacional ou, ainda, da organização de atividades e elaboração de disparadores do processo ensino-aprendizagem, entretanto, requer o deslocamento de foco dos conteúdos, exclusivamente selecionados pelo professor, para incluir as necessidades de aprendizagem dos educandos, segundo os problemas a serem enfrentados^{12,22-24,29}.

A terceira: a utilização do contexto como recurso para potencializar a aprendizagem significativa. Essa articulação se apoia no reconhecimento da utilidade dos saberes a serem aprendidos e no

favorecimento da transferência dessas aprendizagens para uma nova situação. No formato de situações prevalentes no exercício profissional, os desafios educacionais devem ser apresentados do modo como se apresentam no cotidiano^{21,23}.

A quarta: o desenvolvimento concomitante de capacidades para o uso do método científico e para a identificação e compreensão das emoções, dos valores e preferências que subjazem nossas racionalidades possibilitam o acesso e a problematização de esquemas cognitivos e emocionais previamente estabelecidos e que, como elemento isolado, pode ser considerado o componente mais influente no processo de aprendizagem^{14,22,24}.

Por último: o uso de estratégias de metacognição da aprendizagem favorece o reconhecimento de facilidades e dificuldades, permitindo uma abordagem singularizada para o acompanhamento do desenvolvimento de cada educando, embora grande parte do processo ocorra em pequenos grupos, nos quais a colaboração e a cooperação expressam o investimento na construção de novas racionalidades e sentimentos, por meio das interações²¹.

Os movimentos da viagem educacional

As viagens educacionais são desenvolvidas em dois movimentos: o primeiro, em grande grupo, destinado à exposição dos participantes à vivência; e o segundo, em pequenos grupos, destinado ao compartilhamento de emoções e sentimentos mobilizados pela atividade. No primeiro movimento, o foco da atividade se concentra na mobilização de emoções, consideradas ações corporais, passíveis de serem externamente observadas, uma vez que expressam um conjunto de alterações no estado físico do corpo, como na respiração, na circulação, na voz, na expressão facial ou em outras posturas corporais. No segundo movimento, o foco se volta para os sentimentos, que representam a experiência invisível, de caráter mental, relacionada à percepção ou interpretação das emoções expressas pelas ações corporais.

Cabe destacar que nem todos os sentimentos são diretamente provenientes das emoções, uma vez que, para além da percepção do estado corporal, criada pelos objetos ou situações, aqueles também podem ser derivados da subjetividade no contato com objetos e dos pensamentos gerados nesse processo¹⁹.

Sempre que possível, sugerimos a realização do primeiro movimento como última atividade em um determinado dia e o compartilhamento como atividade subsequente ou primeira do dia seguinte. Realizado no dia seguinte, o compartilhamento da viagem busca promover um breve espaço individual para reflexão, sem perder o “calor” e a memória da mobilização desencadeada pela interação com o disparador.

A utilização de pequenos grupos para o compartilhamento dos sentimentos disparados pela viagem visa ampliar as possibilidades de interação entre os sujeitos, a partir de um determinado conteúdo acessado pela emoção. Os pequenos grupos são comunidades de aprendizagem, acompanhados por professores, que desenvolvem atividades em um programa educacional. Como essas atividades envolvem um trabalho coletivo, há a necessidade de serem estabelecidos pactos para o trabalho didático. Os pactos devem explicitar a promoção de um ambiente seguro, sigiloso e de confiança mútua, particularmente favorável ao compartilhamento de emoções e sentimentos.

Em termos operacionais, o professor deve iniciar o momento de compartilhamento com orientações em relação ao registro das emoções ou sentimentos. Deve solicitar que cada educando registre em uma folha de papel ou em uma cartolina colorida uma ou poucas palavras que expressem suas emoções e/ou a atribuição de significados promovidos pelo disparador. Somente após esse registro, os participantes expressam verbalmente as associações ou interpretações representadas pelas palavras registradas. O papel do facilitador é importante para assegurar que todos os educandos possam ter espaço de fala e serem respeitados no compartilhamento dos significados percebidos ou em construção.

As folhas ou cartelas coloridas, que por si só expressam diversidade, devem ser fixadas em um mural ou painel, que pode ser a própria parede da sala do pequeno grupo. A colocação das tarjetas cumpre o papel de ampliar a visibilidade das emoções, não havendo uma ordenação ou

categorização específica para isso. Como esse recurso visual também é utilizado para atividades que predominantemente mobilizam o domínio cognitivo, o uso das cartelas ou tarjetas para registrar emoções ganha, por meio desse recurso, o mesmo *status* do domínio hegemonicamente privilegiado.

Além desses aspectos, o mural comunica que aquele conjunto, embora individualmente originado, passa, em alguma dimensão, a pertencer ao grupo. Nesse sentido, os próximos movimentos são fundamentais e definidores do modo como o grupo se relaciona com os conteúdos explicitados.

Cada um dos integrantes explica as palavras ou expressões que escolheu para representar as emoções e sentimentos disparados no contato com a produção artística, visando torná-las mais conscientes e reflexivas. Questionamentos sobre a pertinência dos sentimentos expostos são desencorajados, e essa condução visa favorecer a ampliação do grau de liberdade de expressão nesta atividade. Entretanto, o impacto que a emoção dos demais participantes dispara em cada um pode e deve ser, igualmente, compartilhada. A partir do reconhecimento de caráter de propagação da emoção no meio social, cada um de nós nos construímos na interação com outros e, por meio dessa interação, podemos desenvolver a construção de padrões éticos de convivência social.

Para além do compartilhamento, o processo reflexivo pode ganhar maior densidade ao ser solicitada, ao fim da atividade, a elaboração de uma narrativa reflexiva individual que dialogue com as reflexões produzidas com a proposta de perfil de competência que orienta a iniciativa educacional. Essa narrativa usualmente é compartilhada com o docente em momentos específicos, destinados ao acompanhamento do portfólio de cada educando.

Uma abordagem pedagógica para apoiar o compartilhamento da viagem

Com base no repertório construído a partir do compartilhamento de viagens educacionais, da taxonomia de Krathwohl et al.³⁰ do domínio afetivo, dos campos de significado de Phenix³¹ e da experiência de outros autores acerca de conteúdos de humanidades na formação em saúde³², apresentamos uma abordagem para apoiar a reflexão sobre emoções e racionalidades.

Diferentemente da taxonomia de Krathwohl et al.³⁰, que é uma categorização hierárquica do domínio afetivo, os campos de significado de Phenix³¹ trazem a ideia de categorias que coexistem, de modo complementar. Considerando essas duas referências, construímos um conjunto de categorias que permite apoiar a identificação da natureza das conversações de participantes e grupos que exploram suas emoções e racionalidades. O reconhecimento dessas categorias favorece a identificação de necessidades de aprendizagem, à luz de um determinado perfil profissional, em permanente construção.

Assim, nos âmbitos individual e grupal, a natureza das conversações no compartilhamento das viagens educacionais pode apresentar, predominantemente, um dos seguintes caracteres:

- **Descritivo** – Ocorre quando os educandos descrevem ou fazem uma resenha do disparador. Embora possamos reconhecer que, mesmo quando descrevemos uma situação, fazemos uma seleção daquilo que relatamos, essa narrativa tende a revelar uma percepção bastante superficial dos sentimentos e de como as emoções interferem na nossa racionalidade ou, ainda, de como esta é utilizada para justificar ou negar nossas preferências, sem que desse processo tenhamos consciência.
- **Simbólico** – Ocorre quando o compartilhamento é trazido a partir de uma identificação de significados que a obra supostamente contém. Há uma tentativa de interpretação da intencionalidade do autor ou do educador que selecionou o disparador. Os educandos estabelecem uma correlação direta entre elementos da obra e o que consideram que deveria ser interpretado, sem explicitarem seu próprio julgamento.
- **Valorativo** – Ocorre quando os educandos compartilham seu posicionamento crítico em relação à situação abordada pelo disparador ou ao comportamento dos personagens, posicionando-os frente ao próprio conjunto de valores. Nesse padrão de compartilhamento, o educando explicita seus julgamentos, atribuindo valores aos fenômenos ou comportamentos que envolvem conhecimento moral e conduta pessoal e que favorecem o reconhecimento da relação entre racionalidades e emoções.

- Reflexivo – Ocorre quando no compartilhamento é trazido um diálogo entre o conhecimento de si mesmo e a obra. Nesta natureza de compartilhamento, os próprios valores são reconhecidos e, ao mesmo tempo, tensionados e deslocados no sentido de uma ampliação de identificação e entendimento de valores distintos dos seus. A possibilidade reflexiva tende a problematizar a relação entre racionalidades e emoções, favorecendo a aceitação da diversidade de valores e a iluminação de pontos cegos;
- Reflexivo emocional – Ocorre quando o compartilhamento revela sentimentos subjacentes disparados pela propagação da emoção de outros participantes no compartilhamento. Para além dos próprios valores e reflexões, são refletidos sentimentos que se conservam nas relações, possibilitando o reconhecimento e um exercício de metalinguagem sobre as emoções, de modo que construa um diálogo com os valores trazidos pelo coletivo de participantes no compartilhamento de suas emoções e sentimentos.

Cabe ao professor, nessa atividade, apoiar o grupo no reconhecimento dos aspectos que predominam no compartilhamento. Essa problematização favorece a identificação de facilidades e dificuldades na exploração do binômio emoção-razão e promove o desenvolvimento de uma autonomia colaborativa entre os participantes que permite revelar os fundamentos emocionais que subjazem à cultura do grupo.

Esta abordagem não é uma tentativa de esgotar as possibilidades ou de construir uma hierarquia entre as categorias, mas de apoiar docentes e participantes na identificação de potencialidades, limites e desafios na exploração das emoções e das racionalidades construídas nas trajetórias prévias e em processo de reconstrução, considerando-se o desenvolvimento de um perfil de competência profissional.

A potência da viagem como atividade educacional

É na criação de espaços conversacionais, gerados sobre a confiança no potencial da linguagem, que se estrutura a atividade pedagógica aqui apresentada. Esses espaços são instituídos na expressão, respeito e valorização da diversidade e na legitimação do outro na convivência e interação. Segundo Wallon¹⁴, “não existe conceito, por mais abstrato que seja, que não implique alguma imagem sensorial, e não existe imagem, por mais concreta que seja, que não tenha por base uma palavra [...]”; é nesse sentido que nossas experiências mais individuais já são moldadas pela sociedade” (p. 223). Assim, nas viagens educacionais, exploramos o papel da estética e da arte na formação, problematizando a indissociabilidade entre razão-emoção na construção de identidade ética e profissional¹⁴.

Em relação ao papel da Arte na formação profissional, Castro³³ destaca a frase do filósofo Nietzsche: “Nós temos a arte a fim de não morrer de verdade” (p. 2). Nessa mesma direção, Guattari³⁴ chama a atenção que os paradigmas da tecnociência colocam acento em um mundo objetual de relações e funções, pondo sistematicamente entre parênteses os afetos subjetivos, de tal modo que o finito, o delimitado por coordenadas, vem sempre ali, para primar sobre o infinito de suas referências virtuais. Pelo contrário, na arte, a finitude do material sensível converte-se em suporte de uma produção de afetos e perceptos que tende a se afastar dos marcos e coordenadas preexistentes.

Para além das considerações que evidenciam o potencial da arte na melhoria da condição humana, seja ela individual ou relacional, toda proposta de contato dos educandos com uma produção de arte carrega consigo uma intencionalidade pedagógica. No entanto, por mais que os objetivos educacionais do uso de uma obra cinematográfica possam ser explicitados, essa proposição está inerentemente desvestida de qualquer previsibilidade sobre o devir das reflexões que o grupo fará. Ao assistirem a um filme, documentário ou qualquer outra produção artística, os integrantes constroem um mosaico de expressões que registra o conjunto de percepções que o professor não controla. Em contraste com um texto tecnocientífico, que contém universalizações sobre determinado assunto, uma obra cinematográfica ou similar não vem estabelecida de uma “verdade” preexistente. Diferentes concepções emergem, naturalmente, a partir de uma observação reflexiva. Os infindáveis pontos cegos de cada um dos integrantes vão sendo iluminados à luz dos olhares dos outros. Das visões

compartilhadas são construídas novas realidades, coordenam-se consensualmente percepções e emoções na linguagem.

Nesse sentido, Maturana²² distingue como objetividade, entre parênteses, o domínio ontológico em que a realidade é uma proposição explicativa. Nenhuma perturbação externa tem o potencial de especificar as mudanças internas, apenas dispara alterações determinadas na própria estrutura daquele que observa. Cada um dos interagentes do processo dialógico tem uma história, interações culturais precedentes e, especialmente, um fluir de emoções cambiantes que determinam as distinções, percepções que emergem no espaço conversacional. Nesta proposta, os integrantes passam a aprofundar as relações e ampliam seu potencial de reconhecimento das emoções que subjazem e se conservam na dinâmica interativa.

No tocante ao cenário para o compartilhamento das emoções emergentes, a organização do compartilhamento em pequenos grupos, dispostos em círculos, traduz uma configuração coletiva propícia às expressões mais horizontalizadas, que valorizam a solidariedade e a colaboração humanas. Comparada aos modelos convencionais de educação – nos quais o professor geralmente ocupa um papel destacado à frente e os estudantes são organizados em fileiras nas quais dividem seus olhares entre o docente e as nuças dos colegas –, a organização do cenário em uma roda de conversações traduz, em si, uma intencionalidade educacional. A configuração em círculo, que inclui o professor, traz elementos que favorecem o resgate daquilo que Maturana³⁵ chamou de “*pegajosidad biológica*” e que livremente traduzimos para “visgo biológico”, isto é, o prazer da companhia fruto de nossa deriva filogenética. Para esse autor, nossa espécie é o presente de uma história evolutiva de 3,5 milhões de anos de compartilhamentos: de encontros e interações recorrentes e sustentadas em emoções colaborativas, de aceitação do outro como um legítimo outro, no espaço de convivência³⁵. Destaca, ainda, a emergência da linguagem como um processo de coordenação de condutas em nossa linhagem biológica que só foi possível nesse contexto emocional.

Tomasello et al.³⁶ propuseram que o evento crítico para a diferenciação entre a cognição e a primata é uma “motivação” exclusivamente humana para compartilhar intencionalidade com outros indivíduos humanos. Como consequência disso, a espécie humana teria desenvolvido complexas formas de colaboração que resultaram nas organizações culturais das sociedades modernas.

Uso da viagem educacional em currículos orientados por competência

Embora a viagem educacional possa ser amplamente utilizada em diferentes iniciativas educacionais, seu uso em currículos orientados por competência potencializa a construção da identidade profissional, uma vez que as situações originadas na interação com outros têm potencial para produzir importantes impactos emocionais.

As situações profissionais a serem enfrentadas no cotidiano do trabalho requerem tanto capacidades cognitivas e psicomotoras como atitudinais. Contrariamente às crenças pregressas de nossa cultura, o pensamento lógico – o raciocínio – que emerge do neocórtex, parte superior e mais recente do cérebro, não evoluiu com a função de se sobrepor às emoções que emergem nas partes mais antigas do cérebro, o sistema límbico¹⁹. Ao contrário, estudos da neurociência mostram que as operações racionais emergem integradas e são indissociáveis daquelas emocionais¹⁷⁻²¹.

Nesse sentido, Maturana³⁷ define as emoções como predisposições corporais que fundamentam os domínios de ação. Mudam as emoções, alteram-se as operações, o modo de pensar e inclusive as concepções de realidade. Não se trata de usar a racionalidade para que haja uma percepção mais clara e aproximada da objetividade pretendida, ou seja, a apreensão “real” do objeto, ou qualquer situação externa ao observador.

De acordo com a concepção desse autor, o que outrora se distinguia como uso da razão, em contraposição aos ruídos passionais, nada mais é do que a abertura para mudanças emocionais; para a emergência de novas emoções capazes de sustentar outros padrões de raciocínio. A racionalidade operada sobre a raiva diferencia-se quando se processa sob o domínio da serenidade. Operações racionais construídas com base no ciúme ou inveja emergem de forma substancialmente diferentes quando acontecem, por exemplo, sob o domínio da confiança³⁷.

Finalmente, a construção de identidade ética e profissional é favorecida pelas reflexões produzidas pela viagem em diálogo com o perfil de competência desejado. O compartilhamento dos sentimentos produzidos pela arte abre um espaço que possibilita a distinção de emoções que se entrelaçam na constituição daquilo que Maturana³⁸ chamou de cultura, uma rede fechada de conversações.

A capacidade de distinguir as emoções no processo conversacional pode tanto contribuir para a compreensão da cultura que ali emerge quanto ajuda os participantes desta atividade a encontrarem, em seus diálogos, refinamentos de linguagem que os permitam compreender os aspectos emocionais que se conservam de forma recorrente na cultura do grupo. Compreender emoções e racionalidades que compõem a cultura em que estamos imersos, assim como os domínios que sustentam nossas atividades no trabalho, pode descortinar novas práticas, considerando-se o que a sociedade espera de um profissional competente.

Considerações finais

A integração da Arte na educação profissional é uma estratégia não apenas voltada à aproximação da dimensão emocional aos ambientes técnico-científicos e educacionais, mas opera, especialmente, sobre a premissa da indissociabilidade entre razão e emoção.

Ao nos aprofundarmos na compreensão das emoções como predisposições corporais que fundamentam domínios de ação das mais refinadas atividades racionais, vemos emergir um espaço que favorece o desenvolvimento de competência na formação e capacitação profissionais. Imersos em um contexto social de recorrentes expressões de confronto e exclusão, as dinâmicas dialógicas propiciadas pela abordagem pedagógica aqui proposta criam ambientes conversacionais capazes de resgatar comportamentos empáticos.

A confiança de que nossa biologia colaborativa conserva a nossa integração, mesmo em meio à expressão de sentimentos reforçados por uma cultura competitiva e excludente, torna possível utilizar as viagens educacionais como uma ação educacional em disciplinas ou atividades curriculares interdisciplinares específicas, embora seu uso tenha maior potência quando empregada ao longo de um programa ou iniciativa educacional, no sentido de reafirmar a indissociabilidade entre razão e emoção.

Desse modo, ousamos conversar sobre as mais diversificadas emoções e construir condições para que expressões emocionais éticas e solidárias sejam não apenas resgatadas nos momentos reflexivos do contato com as expressões artísticas, mas que também sejam conservadas na dinâmica de outras ações educacionais e, especialmente, disseminadas nos ambientes de trabalho.

Colaboradores

Todos os autores participaram ativamente de todas as discussões pertinentes ao artigo, bem como da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Gauthier C, Tardif M. A pedagogia: teorias e prática da antiguidade aos nossos dias. Petropolis. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
2. Gadotti M. História das ideias pedagógicas. 6a ed. São Paulo: Ática; 1998.
3. Arantes VA. A afetividade no cenário da educação. In: Oliveira MK, Souza DT, Rego T, organizadores. Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea. São Paulo: Moderna; 2002. p. 159-74.

4. Maia CA. Mannheim, Fleck e a compreensão humana do mundo. In: Condé MLL, organizador. Ludwik Fleck, estilos de pensamento na ciência. Belo Horizonte: Fino Traço; 2012.
5. Rorty R. Objetivismo: relativismo e verdade. Escritos filosóficos. 2a ed. Rio de Janeiro: Reluma Dumará; 1997.
6. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO; 2006.
7. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
8. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3276 de dezembro de 2007. Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Diário Oficial da União. 27 Dez 2013.
9. La Taille Y, Oliveira MK, Dantas H. Piaget; Vygotsky; Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus; 1992.
10. Piaget J. Biologia e conhecimento: ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos. Petrópolis: Vozes; 1973.
11. Piaget J. O juízo moral na criança. São Paulo: Grupo Editorial Summus; 1994.
12. Vygotsky LS. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
13. Rego TC. Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação. Petrópolis: Vozes; 2013.
14. Wallon H. Do ato ao pensamento: ensaio de psicologia comparada. Petrópolis: Vozes; 2015.
15. Galvão I. Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil. 23a ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
16. Becker F. Educação e construção do conhecimento. 2a ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
17. Damasio A. O erro de Descartes: emoção razão e o cérebro humano. 2a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2006.
18. LeDoux JE. The emotional brain. New York: Simon and Schuster; 1996.
19. Fridja NH. The psychologists' point of view. In: Lewis M, Haviland-Jones JM, Barret LF, editors. Handbook of emotions. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2000.
20. Goleman D. Emotional intelligence: issues in paradigm building. In: Cherniss C, Goleman D, editors. The emotionally intelligent workplace. San Francisco: Jossey-Bass; 2001. p. 13-26.
21. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, editors. How people learn: brain, mind, experience and school. Washington: National Academy Press; 2001.
22. Maturana HR. Cognição, ciência e vida cotidiana. Belo Horizonte: Ed. da UFMG; 2001.
23. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
24. Coll C. Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. 5a ed. São Paulo: Ática; 1987.
25. McHugo GJ, Smith CA, Lanzetta JT. The structure of self-reports of emotional responses to film segments. *Motiv Emot.* 1982; 6(4):365-85.

26. Westermann R, Spies K, Stahl GU, Hesse F. Relative effectiveness and validity of mood induction procedures: analysis. *Eur J Soc Psychol.* 1996; 26(4):557-80.
27. Padilha RQ, Lima VV, Pereira SMSF, Siriane MO, Ribeiro ECO, Petta HL, et al. *Metodologias Ativas. Caderno do curso.* São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016.
28. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica.* São Paulo: Paz e Terra; 2011.
29. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(61):421-34.
30. Krathwohl DR, Bloom BS, Masia BB. *Taxonomy of educational objectives: handbook II: affective domain.* New York: McKay; 1964.
31. Phenix PH. *Realms of meaning.* New York: McGraw-Hill Book Co; 1964.
32. Tapajós R. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas (campos de significado e competências). *Rev Bras Educ Med.* 2008; 32(4):500-6.
33. Castro A. Inversão da verdade: notas sobre o nascimento da tragédia. *Kriterion.* 2008; 49(117):127-42.
34. Guatari F. O novo paradigma estético. In: Schnitman DF, Littlejohn S, organizadores. *Novos paradigmas, cultura e subjetividade.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
35. Maturana HR. Ontologia do conversar. In: Magro C, Grasciano ME, Vaz N, organizadores. *A ontologia da realidade.* Belo Horizonte: Ed. Da UFMG; 2002. p. 195-209.
36. Tomasello M, Carpenter M, Call J, Behne T, Moll H. Understanding and sharing intentions: the origins of cultural cognition. *Behav Brain Sci.* 2005; 28(5):675-91.
37. Maturana HR. Biologia do fenômeno social. In: Magro C, Grasciano ME, Vaz N, organizadores. *A ontologia da realidade.* Belo Horizonte: Ed. da UFMG; 2002. p. 195-209.
38. Maturana HR, Verden-Zöller G. *Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano.* São Paulo: Palas Athena; 2004.

Mourthé Junior CA, Lima VV, Padilha RQ. Integración de emociones y racionalidades para el desarrollo de competencia en las metodologías activas de aprendizaje. *Interface (Botucatu).* 2018; 22(65):577-88.

Sustentado en una práctica educativa constructivista, dialógica y basada en competencia, este artículo discute una tradición racionalista/objetivista de enseñanza-aprendizaje. Expresiones artísticas, especialmente cinematográficas, se presentan como gatillos educativos. Educandos organizados en pequeños grupos comparten, correlacionan y conversan sobre sus emociones, posibilitando una mejor comprensión de las racionalidades envueltas en el proceso de aprendizaje. Como los grupos presentan diferentes estadios de problematización de las emociones, proponemos categorías para dar apoyo a docentes e integrantes en la identificación de la naturaleza conversacional de los grupos, favoreciendo sus intervenciones y contribuciones para el desarrollo individual y social de los participantes, con referencia a un perfil de competencia.

Palabras clave: Aprendizaje activo. Competencia profesional. Educación. Emociones. Arte.

Submetido em 12/10/16. Aprovado em 23/05/17.

Integrating emotions and rationalities for the development of competence in active learning methodologies

Carlos Alberto Mourthé Junior^(a)

Valéria Vernaschi Lima^(b)

Roberto de Queiroz Padilha^(c)

(a) Instituto de Ensino e Pesquisa, Hospital Sírio-Libanês IEP/HSL. Rua Prof. Daher Cutait, 69, Bela Vista, São Paulo, SP, Brasil. 01308-060. carlosmourthe@gmail.com

(b, c) Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil. valeriavl@uol.com.br; rqpadilha@gmail.com

This paper discusses a rationalist/objectivist tradition of teaching and learning, with the support of a constructivist, dialogic and competence-based educational practice. Artistic expressions, particularly cinematographic ones, are presented as educational triggers. Students are organized into small groups in which they share, correlate and discuss their emotions, allowing for a better understanding of the rationalities involved in the learning process. As the groups present different stages of problematizing their emotion, we propose categories to support teachers and members in identifying the conversational nature of the groups, supporting their interventions and contributions for the individual and social development of the participants, with reference to a proficiency profile.

Keywords: Active learning. Professional competence. Education. Emotions. Art.

Integrating emotions and rationalities for competence development in active learning methodologies

Introduction

Nowadays, we have been experiencing important educational dilemmas that, however evident they may seem, maintain educational discourses distant from educational practices. If, on the one hand, reflections on the need to transform teaching and learning models targeted at the full development of students have been amplified, on the other hand, we still witness the preservation of a teaching tradition indifferent to new discoveries about how people learn.

The purpose of this article is twofold: to contribute to expand experiences that effectively improve educational conditions and results, and to discuss the inclusion of emotions in educational activities, demystifying the historical dichotomy “reason and emotion”. Thus, we propose constructivist and dialogic methodological devices capable of accessing these two dimensions in an interconnected way, both in the learning process and in the development of competence.

The privilege of rationality

The privilege of reason has its roots in philosophers from ancient Greece, like Plato, who valued universal thought to the detriment of individual passions, pleasures and values. It is present in the production of René Descartes (1596–1650), who considered existence from the act of thinking, and of Immanuel Kant (1724–1804), who stated the impossibility of the encounter between reason and happiness^{1,2}.

From the last decades of the 17th century onwards, the increasing importance attributed to science started to influence education. This influence produced expressions that varied from scientificism, through denial of any form of knowledge outside reason, to tendencies that attempted to reconnect science and culture³.

The epistemological model based exclusively on reason dates back to the very emergence of modern scientific thought. Objectivity has devoted itself to the accurate unveiling, discovery and manipulation of the object, with the unceasing attempt to remove the observer’s interferences. It has been valued since the construction of the

analytical method, and was acclaimed in the 19th century, in the so-called Vienna Circle, the cradle of logical positivism. The search of a unified language for science depended on a reification of the object and on a precise effort to understand it⁴.

The philosopher Rorty⁵ names the positivistic tradition objectivistic. To this author, western culture has focused on the search for “truth”, present since the Greek philosophers. It is the clearest example of the attempt to find meaning for existence, based on the denial of emotions towards objectivity. To be considered rational, justification procedures must lead to the “truth”, to correspondence with reality, to the intrinsic nature of things. This objectivity is not constructed by means of the understanding of ourselves as members of some real or imaginary group; rather, it is built by our bond to something that can be described without reference to any specific human being (p. 37).

The influence of this positivistic model on the modus operandi of science and the fact that it is continuously fed by education reaffirm the myth of objectivity, which was established as a key element in the constitution of contemporary professional activities, especially by means of bureaucratic systems and the technicist tendency of education. Objectives applicable to observable behaviors, generalizable rules of conduct and practices search for an objective impartiality that aims to ‘exclude’ the observer’s interferences on the object, favoring control and standardization¹.

After formal education started focusing on science and rationalism, educational practice remained centered on the teacher and based on repetition, discipline and control.

An old tradition in educational practices

In the schools of western societies, the ideas and values of classical pedagogy prevailed, without being questioned, during the Middle and Modern Ages, until the middle of the 18th century. This tradition was consolidated by medieval scholastic education, which intended to reconcile faith and reason, and by the Humanism and

Enlightenment thoughts of modern age (1453–1789), which prioritized reason to the detriment of religion^{1,2}.

The Enlightenment values praised individual freedom and opposed the obscurantism of the Church and the despotism of absolutist governments³.

As a reaction to the previous period, in which power was highly concentrated on priests and nobles, rationalism attempted to free thought from the repression imposed by fear of the unknown and of the supernatural. In this sense, the substantiation of scientific discoveries and the conquest of other continents expanded the value of experience and the role of objectivity as foundations of reason and counterpoints to belief and the supernatural.

Meanwhile, in classical pedagogy, students' needs, fields of interests and sociocultural context did not influence the selection of contents, as teachers already knew what should be taught and all the answers to presupposed questions^{1,2}.

Only at the end of the 19th and beginning of the 20th century did the movement called “new pedagogy” or “new school” start to show the limitations and inadequacies of classical pedagogy and the importance of using methodologies based on experience and on students' proactivity. Although innovative because it was centered on students' needs, the new school movement had a low adherence compared to the traditional model, due to changes in the roles of teacher and students and in their relationship, and also to the need of reducing the number of students per classroom and increasing the number of available educational resources^{1,2}.

Science and health education

The areas of knowledge that imply making interventions in the world, beyond the objective of knowing, can be considered areas of “applied science”; in them, general rules must be adapted to “concrete situations”¹ (p.362). In this context, professions whose practice represents an applied science, which involves the affective dimension of people and their relationship with the world, should value the

development of students' cognitive and affective capacities by means of an approach that enables interconnecting the multiple dimensions involved in labor practices.

In the field of health, there is tension between the conceptions of basic and applied science. The positivistic tradition of basic science hinders the recognition of the transversal and founding elements of human behavior that are connected with the biological tradition and cross the health–disease process. Thus, as important as the needs connected with the biological dimension are those related to the subjective and social component that condition both health production and people's illnesses.

Although we can recognize movements that induce the education of health professionals with a holistic profile concerning comprehensive care⁶, this process has difficulties in generating answers with the necessary speed to face challenges in the world of labor. Therefore, the qualification of professionals to work in the healthcare system has been an indisputable demand for people management.

To face the challenge of qualifying health professionals for the labor world, there are educational initiatives targeted at the development of new capacities, in the scopes of undergraduate⁷ and postgraduate programs⁸. These initiatives aim to expand the understanding of health–disease phenomena and the possibilities of intervention in them, in order to promote comprehensive care.

The integration of human dimensions

In the wake of the recognition of emotions as an integral part of the way in which human beings relate to one another and produce their culture, we can identify some authors who, through investigations and interventions in the fields of pedagogy, psychology, medicine and sociology, have brought new evidences about the participation of emotions in the learning process. Although there are differences among the conceptions that approach emotions in this process, we highlight two consensuses: the value attributed to the exploration of the emotional dimension in human interactions and the importance given to the inseparability between the affective and rational dimensions. In this context, Piaget's, Vygotsky's and Wallon's

psychogenetic theories have played an important role in the valuation of emotion in human development and learning⁹.

To Piaget¹⁰, affectivity and morals conjugate harmoniously with reason and, in this relationship, he highlights that “(...) every conduct, no matter which, always contains an energy or affective aspect and a structural or cognitive aspect” (p.266). According to this author, affective development, just like the cognitive one, occurs in stages that construct moral character, in a relationship between the subject's autonomy and the social rules¹¹.

Vygotsky¹², on the other hand, highlights the historical and social character in the development of emotions and explores the mutual influence of cognitive and affective processes. According to Rego¹³, to this author, the “[...] individual's desires, needs, emotions, motivations, interests and inclinations originate thought and this, in turn, influences the affective-volitional aspect” (p. 122).

In a more specific way, Wallon¹⁴ differentiates emotion from affectivity. To him, emotions present a fundamentally organic component in the interaction between subjects and the environment, and are capable of producing impact on other people and of propagating themselves in the social environment; affectivity, in turn, is simultaneously social and biological, and the deepest form of learning occurs when there is affective involvement¹⁵.

This theoretical framework grounded the interactionist theory of education, which explains the phenomenon of learning through the interaction between subjects and the world¹⁶. According to this conception, both reason and affectivity are constructed by means of the interaction among subjects and between them and the world. From this interaction, reason and affectivity are transformed and reinvented as entities that are distinct and, at the same time, inseparable¹⁶.

More recently, authors from the field of neuroscience, such as Damásio¹⁷ and LeDoux¹⁸, and psychology, like Fridja¹⁹ and Goleman²⁰, furthered the study of emotions, viewing them as a constituent component of people and an integral part of the teaching and learning process²¹. Although these studies bring new information about the phenomena and mechanisms that underlie the interaction between emotion

and reason, Maturana²² argues that we belong to a culture that still confers a transcendent validity on rationality and attributes an arbitrary nature to emotions.

In the heart of this and other tensions – for example: objective–subjective and science–art –, the theory of complexity emerges. According to Morin²³, it connects, contextualizes and globalizes knowledge and perspectives that, up to this moment, had been considered antagonistic or ambiguous. Thus, complex thought enables to articulate disciplines and dimensions in a systemic and holistic way, and treats aspects of a certain phenomenon that are apparently antagonistic as complementary.

Devices for the emotion–reason integration

The choice and organization of devices for the emotion–reason integration are grounded: (i) on interactionist education, which recognizes emotions as an integral part of people, who relate to one another and produce culture; (ii) on active methodologies, which require students’ proactivity, engagement, collaboration and cooperation in the learning process; (iii) on significant learning, which implies the construction of meanings in view of a certain “object” or content; and (iv) on complex thought, which requires a dialog between dimensions that are apparently antagonistic and contradictory. In this context, learning is a process that leads “[...] to integration, modification, establishment of relations and coordination of knowledge schemes that we already have, which possess a certain structure and organization that varies, in bonds and relationships, every time we learn something”²⁴ (p. 20).

Based on this framework, we highlight a device that favors the expression of emotions that underlie rationalities. Cinematographic art associated with the use of active methodologies, in a dialog with the professional profile, is the basis of the activities called “educational journey”. These activities have been used with three main purposes: to reveal emotions and feelings; to identify the impact that emotions produce and their articulation with rationalities; and to make emotion–reason interact with the professional competence profile in qualification processes.

Compared to other methods, the use of films has become a profitable field of studies, with advantages highlighted by many authors^{25,26}, such as: they can be easily applied to an educational scenario; some parts have the potential for producing subjective and even physiological alterations; cinematographic scenes have a broad and dynamic scope, providing a simulated model of reality without the ethical and practical problems of real life.

A meta-analysis performed by Westermann, Spies, Stahl and Hesse²⁶ has shown that, compared to other techniques, film clips are more powerful as inducers both of positive and negative moods. The slightest disturbance in our retinas, eardrums, or even the visit of an unexpected memory may trigger instantaneous emotional alterations. And, with them, the possible operations over the new configuration that is established in the nervous system are altered. Fear, joy, solidarity, disgust, envy, jealousy are a few of the many emotional states that can emerge in this interaction.

The choice of the term “educational journey” aims to potentialize the idea of singularization expected in each student’s interaction with the trigger used in the educational activity. The term also encompasses absolute respect for the singular interpretation and associations performed by the participants, towards the broad understanding that they originate from the schemes the “subject” constructed in previous experiences²⁷.

In the majority of times, the triggers of the journeys are films chosen by teachers according to a certain educational intention, but other devices originated in the creativity and talent of the students and teachers involved are also used, such as dramatizations, musical productions, dance and poetry, among others. When the trigger is a film, the activity is called cine-journey; for devices that involve participants’ body or sensory expression, we use the name installations²⁷.

In this educational action, we highlight five characteristics that favor the integration between reason and emotion. The first: the real dimension ceases to be a petition for obedience and becomes a possibility coordinated in language. Regarding pedagogical practice, the focus shifts from the teacher and his/her instructive transmission to knowledge construction, which integrates different constitutive

dimensions (emotional, historical, cultural) both of the student and of other individuals involved in the educational dynamics²⁸.

The conversational process is a fundamental substrate for tensioning what is already known and for making new conceptions emerge. When the focus leaves the object and lies on interaction, the form of evaluating the efficacy of the educational process ceases to be the student's closeness to an ideal, omniscient, universal knowledge and becomes an evaluation of the mobilization of his/her capacities to face, successfully and in a contextualized way, the problems of practice²⁸.

The second characteristic is confidence in the development of students' capacities to learn how to learn and of students' critical and reflective reasoning. This posture frees teachers from the need to transmit fully all the contents considered necessary and favors the offer of activities that expand the search for information, associated with a critical/reflective analysis and contextualization of this information. It does not mean giving up educational intentionality, nor the organization of activities, nor the preparation of triggers of the teaching-learning process. However, it requires that the focus is shifted from contents, which are exclusively selected by the teacher, to students' learning needs, according to the problems to be faced^{12,22-24,29}.

The third one is the utilization of context as a resource to potentialize significant learning. This articulation is supported by the recognition of the usefulness of the knowledge that will be learned and by the possibility of transferring these learnings to a new situation. In the format of prevalent situations in the professional exercise, the educational challenges must be presented in the way they occur in daily life^{21,23}.

The fourth characteristic is the simultaneous development of capacities for using the scientific method and for identifying and understanding the emotions, values and preferences that underlie our rationalities and enable to access and problematize previously established cognitive and emotional schemes. As an isolated element, it can be considered the most influential component in the learning process^{14,22,24}.

Lastly: the use of metacognition learning strategies favors the recognition of facilities and difficulties, allowing a singularized approach to monitor the development

of each student, although a large part of the process occurs in small groups, in which collaboration and cooperation express the investment in the construction of new rationalities and feelings by means of interactions²¹.

The movements of the educational journey

The educational journeys are developed in two movements: the first one, in a large group, aims to expose the participants to the experience; the second, in small groups, aims to enable participants to share emotions and feelings mobilized by the activity. In the first movement, the activity focuses on the mobilization of emotions, considered body actions that can be externally observed, as they express a set of alterations in the body's physical state. For example, in the participants' breathing, circulation, voice, facial expression or in other body postures. In the second movement, the focus is on the participants' feelings, which represent the invisible experience, of a mental nature, related to the perception or interpretation of the emotions expressed by body actions.

It is important to mention that not all feelings come directly from emotions, as, beyond the perception of the body state created by objects or situations, they can also derive from subjectivity in the contact with objects and from the thoughts generated in this process¹⁹.

Whenever possible, we suggest that the first movement should be the last activity on a certain day, and the sharing, the subsequent activity or the first one on the following day. Sharing the journey on the following day aims to promote a brief individual space for reflection, without losing the "heat" and memory of the mobilization that unfolded through interaction with the trigger.

The utilization of small groups to share the feelings triggered by the journey aims to amplify the possibilities of interaction among subjects, based on a certain content accessed by emotion. The small groups are learning communities, monitored by teachers, which develop activities in an educational program. As these activities involve collective work, it is necessary to establish pacts for the didactic work. The

pacts must emphasize the promotion of a safe environment of mutual trust, particularly favorable to the sharing of emotions and feelings, in which what is said is confidential.

In operational terms, the teacher must initiate the moment of sharing with instructions related to the record of emotions or feelings. He/she must ask that each student records, on a sheet of paper or on a colorful cardboard, one or few words that express his/her emotions and/or the attribution of meanings the trigger promoted. Only after this record do the participants express verbally the associations or interpretations represented by the recorded words. The facilitator's role is important to ensure that all the students have a space to speak and are respected while they share the meanings that were perceived or are under construction.

The sheets or colorful cards, which, by themselves, express diversity, should be fixed to a board or panel, which can be the wall of the small group's classroom. The attachment of tags plays the role of amplifying the "visibility" of emotions. There is no specific order or categorization for this. As this visual resource is also used in activities that mobilize predominantly the cognitive domain, the use of cards or tags to record emotions acquires, by means of this resource, the same status of the hegemonic and privileged domain.

In addition, the board expresses that that set, although individually originated, has started, in some dimension, to belong to the group. Thus, the next movements are fundamental and define the way in which the group relates to the expressed contents.

Each one of the members explains the words or expressions he/she chose to represent the emotions and feelings triggered in the contact with the artistic production, aiming to make them become more conscious and reflective. Questionings about the pertinence of the exposed feelings are discouraged. This aims to foster an increase in the degree of freedom of speech in this activity. However, the impact that the other participants' emotions has on each one can and must be shared. From the recognition of the emotions' propagation character in the social environment, each one of us build ourselves in the interaction with others and, by means of this interaction, we can construct ethical standards of social coexistence.

Beyond the sharing of emotions and feelings, the reflective process can become denser when, at the end of the activity, the teacher asks the students to write an individual reflective narrative that connects the reflections produced with the proposal of competence profile that guides the educational activity. This narrative is usually shared with the teacher in specific moments, destined to monitor each student's portfolio.

A pedagogical approach to support the sharing of the journey

Based on the repertoire we constructed through the sharing of educational journeys, on the taxonomy of the affective domain proposed by Krathwohl et al.³⁰, on the realms of meaning created by Phenix³¹, and on the experience of other authors regarding humanities contents in health education³², we present an approach to support reflections on emotions and rationalities.

Unlike the taxonomy proposed by Krathwohl et al.³⁰, which is a hierarchical categorization of the affective domain, the realms of meaning created by Phenix³¹ bring the idea of categories that coexist in a complementary way. Considering these two references, we constructed a set of categories to support the identification of the nature of the conversations of participants and groups that explore their emotions and rationalities. The recognition of these categories favors the identification of learning needs, in light of a given professional profile, under permanent construction.

Thus, in the individual and group spheres, the nature of conversations in the sharing of educational journeys can present, predominantly, a character that is:

- Descriptive – when students describe or review the trigger. Although we recognize that, even when we describe a situation, we select what we report, this narrative tends to reveal a superficial perception of feelings and of the extent to which emotions interfere in our rationality, or else, how our rationality is used to justify or deny our preferences, and we are not even aware of this process;
- Symbolic – when the sharing occurs from an identification of meanings that the trigger supposedly contains. There is an attempt to interpret the author's intentionality, or

that of the educator who selected the trigger. Students establish a direct correlation between elements of the trigger and what they consider that should be interpreted, without expressing their own judgement;

- Evaluative – when students share their critical positioning in relation to the situation approached by the trigger or to the characters' behavior, comparing them to their own set of values. In this pattern of sharing, the student expresses his/her judgements, attributing values to phenomena or behaviors that involve moral knowledge and personal conduct and that favor the recognition of the relationship between rationalities and emotions;
- Reflective – when, in the sharing activity, a dialog occurs between the knowledge one has of oneself and the trigger. In this nature of sharing, the students' own values are recognized and, at the same time, tensioned and shifted, so that they amplify their capacity of identification and understand values that are distinct from theirs. The reflective possibility tends to problematize the relationship between rationalities and emotions, favoring the acceptance of a diversity of values and the illumination of blind points;
- Emotional reflective – when the sharing reveals underlying feelings triggered by the propagation of the emotion of other participants in the activity. Beyond the students' own values and reflections, they reflect on feelings that are preserved in the relations, enabling the recognition and a metalanguage exercise about emotions, in order to construct a dialog with the values brought by the collective of participants in the sharing of their emotions and feelings.

In this activity, the teacher must support the group in the recognition of the aspects that predominate in the sharing. This problematization favors the identification of facilities and difficulties in the exploration of the emotion–reason binomial and promotes the development of a collaborative autonomy among the participants that enables to reveal the emotional principles that underlie the group's culture.

This approach does not intend to exhaust the possibilities nor to construct a hierarchy among the categories; rather, it is an attempt to support teachers and

participants in the identification of potentialities, limits and challenges in the exploration of the emotions and rationalities constructed in the previous trajectories and those that are undergoing a reconstruction process, considering the development of a professional competence profile.

The journey's potential as an educational activity

It is in the creation of conversational spaces, based on the trust in language's potential, that the pedagogical activity presented here is structured. These spaces are instituted in the expression of diversity, in the respect and importance that are given to it, and in the legitimation of the other in the interaction. According to Wallon¹⁴, "there is no concept, as abstract as it can be, that does not imply a sensory image, and there is no image, as concrete as it can be, whose base is not a word (...); it is in this sense that our more individual experiences have already been shaped by society" (p.223). Thus, in the educational journeys, we explore the role of esthetics and art in students' education, and problematize the inseparability between reason and emotion in the construction of the ethical and professional identity¹⁴.

In relation to the role of art in professional education, Castro³³ highlights the phrase of the philosopher Nietzsche: "We have art not to die of the truth" (p.2). In this same direction, Guattari³⁴ argues that the paradigms of technoscience emphasize an object world of relations and functions, and put subjective affections in parentheses, in such a way that what is finite, delimited by coordinates, is always there, to take precedence over the infinite of their virtual references. On the contrary, in art, the finitude of sensitive material is converted into support for a production of affections and percepts that tends to get away from preexistent marks and coordinates.

Beyond the considerations that evidence art's potential for improving the human condition, be it individual or relational, every proposal of students' contact with an art production carries with it a pedagogical intentionality. However, although the educational objectives of the use of a cinematographic work can be expressed, this proposition is inherently devoid of any predictability about the future reflections that

the group will make. When the group members watch a film, a documentary or any other artistic production, they construct a mosaic of expressions that records a set of perceptions that the teacher does not control. In contrast with a technoscientific text, which contains universalizations about a given matter, a cinematographic or similar work does not contain a preexistent “truth”. Different conceptions emerge, naturally, from a reflective observation. The endless blind points of each one of the members are gradually illuminated by the light of the others’ eyes. From the shared views, new realities are constructed; perceptions and emotions are consensually coordinated in language.

In this sense, Maturana²² distinguishes as objectivity, in parentheses, the ontological domain in which reality is an explanatory proposition. No external disturbance has the potential for specifying internal changes. It only triggers alterations determined in the very structure of the one who observes. Each one of the interactants of the dialogic process has a story, previous cultural interactions and, especially, a flow of changing emotions that determine the distinctions and perceptions that emerge in the conversational space. In this proposal, the group members start to deepen the relationships and amplify their potential for recognizing the emotions that underlie and are preserved in the interactive activity.

Regarding the scenario to share the emerging emotions, its organization in small groups arranged in circles translates a collective configuration that is conducive to horizontal expressions, which value human solidarity and collaboration. Compared to conventional education models, in which the teacher generally plays an outstanding role in the front of the classroom, while students are organized in rows and their eyes move between the teacher and the back of their colleagues’ neck, the organization of the scenario in a conversation circle translates, in itself, an educational intentionality. The configuration in a circle, which includes the teacher, brings elements that favor revisiting what Maturana³⁵ has called “*pegajosidad biológica*”, which we have freely translated as “biological stickiness”, that is, the pleasure of the company that results from our phylogenetic drifting. To this author, our species is the present of an evolutionary story of 3.5 millions of years of sharing: of recurrent encounters and

interactions sustained by collaborative emotions, of acceptance of the other as a legitimate other, in the coexistence space³⁵. In addition, he highlights the emergence of language as a process of coordination of conducts in our biological lineage that was possible only in this emotional context.

Tomasello et al.³⁶ have proposed that the critical event for the differentiation between human and primate cognition is an exclusively human *motivation* to share intentionality with other human individuals. As a consequence of this, the human species developed complex forms of collaboration that resulted in the cultural organizations of modern societies.

The use of the educational journey in competence-based curricula

Although the educational journey can be widely used in different educational initiatives, its utilization in competence-based curricula potentializes the construction of professional identity, as situations originated in the interaction with others can produce important emotional impacts.

The professional situations to be faced in the daily routine of the workplace require both cognitive/psychomotor capacities and attitudinal capacities. Unlike the previous beliefs of our culture, logical thought – reasoning –, which emerges from the neocortex, the upper and most recent part of the brain, has not evolved with the function of prevailing over emotions, which emerge in the brain's oldest parts, the limbic system¹⁹. On the contrary, neuroscience studies have shown that rational operations emerge integrated and are inseparable from emotional operations¹⁷⁻²¹.

Thus, Maturana³⁷ defines emotions as body predispositions that ground action domains. When emotions change, operations are altered, as well as the way of thinking and even the conceptions of reality. This is not about using rationality so that there is a clearer and closer perception of the intended objectivity, that is, the “real” apprehension of the object or any situation that is external to the observer.

According to this author's conception, what used to be distinguished as the use of reason, in opposition to passional noises, is nothing more than opening oneself to

emotional changes, to the emergence of new emotions capable of sustaining other patterns of reasoning. Rationality operated over anger becomes different when it is processed in the domain of serenity. Rational operations constructed from jealousy or envy emerge in a substantially different way when they happen, for example, in the domain of trust³⁷.

Finally, the construction of an ethical and professional identity is favored by the reflections produced by the journey in dialog with the desired competence profile. Sharing feelings produced by art opens a space that enables the distinction of emotions that intertwine in the constitution of what Maturana³⁸ has called culture, a closed network of conversations.

The capacity to distinguish emotions in the conversational process can contribute to the understanding of the culture that emerges there and helps participants to find their dialogs – language refinements that allow them to understand the emotional aspects that are recurrently preserved in the group’s culture. Understanding the emotions and rationalities that compose the culture in which we are immersed, as well as the domains that sustain our activities in the workplace, can uncover new practices, considering what society expects from a competent professional.

Final remarks

The integration of art into professional education is a strategy that aims to take the emotional dimension to technical–scientific and educational environments. This strategy operates especially on the premise of the inseparability between reason and emotion.

When we deepen the understanding of emotions as body predispositions that ground the action domains of the most refined rational activities, we see the emergence of a space that favors competence development in professional education and qualification. Although we are immersed in a social context of recurrent expressions of confrontation and exclusion, the dialogic activities enabled by the

pedagogical approach proposed here create conversational environments that are capable of reviving empathic behaviors.

Believing that our collaborative biology preserves our integration, even in the midst of the expression of feelings reinforced by a competitive and exclusionary culture, enables the utilization of educational journeys as an educational action in disciplines or specific interdisciplinary curricular activities. However, their use has a higher potential when they are employed throughout an educational program or initiative, in order to reaffirm the inseparability between reason and emotion.

Thus, we dare to talk about different emotions and construct conditions so that ethical and empathic emotional expressions can be revived, but not only in the reflective moments of the contact with artistic expressions. Our aim is that they are preserved in the dynamics of other educational actions; especially, our purpose is that they are disseminated in workplaces.

Collaborators

All the authors participated actively in all the discussions related to the article, as well as in the review and approval of the article's final version.

References

1. Gauthier C, Tardif M. A pedagogia: teorias e prática da antiguidade aos nossos dias. Petropolis. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
2. Gadotti M. História das ideias pedagógicas. 6a ed. São Paulo: Ática; 1998.
3. Arantes VA. A afetividade no cenário da educação. In: Oliveira MK, Souza DT, Rego T, organizadores. Psicologia, educação e as temáticas da vida contemporânea. São Paulo: Moderna; 2002. p. 159–74.
4. Maia CA. Mannheim, Fleck e a compreensão humana do mundo. In: Condé MLL, organizador. Ludwik Fleck, estilos de pensamento na ciência. Belo Horizonte: Fino Traço; 2012.
5. Rorty R. Objetivismo: relativismo e verdade. Escritos filosóficos. 2a ed. Rio de Janeiro: Reluma Dumará; 1997.
6. Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, ABRASCO; 2006.
7. Ministério da Saúde (BR). Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

8. Ministério da Saúde (BR). Portaria GM/MS nº 3276 de dezembro de 2007. Dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS). Diário Oficial da União. 27 Dez 2013.
9. La Taille Y, Oliveira MK, Dantas H. Piaget; Vygotsky; Wallon: teorias psicogenéticas em discussão. São Paulo: Summus; 1992.
10. Piaget J. Biologia e conhecimento: ensaio sobre as relações entre as regulações orgânicas e os processos cognoscitivos. Petrópolis: Vozes; 1973.
11. Piaget J. O juízo moral na criança. São Paulo: Grupo Editorial Summus; 1994.
12. Vygotsky LS. A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
13. Rego TC. Vygotsky: uma perspectiva histórico-cultural da educação. Petrópolis: Vozes; 2013.
14. Wallon H. Do ato ao pensamento: ensaio de psicologia comparada. Petrópolis: Vozes; 2015.
15. Galvão I. Henri Wallon: uma concepção dialética do desenvolvimento infantil. 23a ed. Petrópolis: Vozes; 2014.
16. Becker F. Educação e construção do conhecimento. 2a ed. Porto Alegre: Penso; 2012.
17. Damasio A. O erro de Descartes: emoção razão e o cérebro humano. 2a ed. São Paulo: Companhia das Letras; 2006.
18. LeDoux JE. The emotional brain. New York: Simon and Schuster; 1996.
19. Fridja NH. The psychologists' point of view. In: Lewis M, Haviland-Jones JM, Barret LF, editors. Handbook of emotions. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2000.
20. Goleman D. Emotional intelligence: issues in paradigm building. In: Cherniss C, Goleman D, editors. The emotionally intelligent workplace. San Francisco: Jossey-Bass; 2001. p. 13-26.
21. Bransford JD, Brown AL, Cocking RR, editors. How people learn: brain, mind, experience and school. Washington: National Academy Press; 2001.
22. Maturana HR. Cognição, ciência e vida cotidiana. Belo Horizonte: Ed. da UFMG; 2001.
23. Morin E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. 8a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
24. Coll C. Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagogia à elaboração do currículo escolar. 5a ed. São Paulo: Ática; 1987.
25. McHugo GJ, Smith CA, Lanzetta JT. The structure of self-reports of emotional responses to film segments. Motiv Emot. 1982; 6(4):365-85.
26. Westermann R, Spies K, Stahl GU, Hesse F. Relative effectiveness and validity of mood induction procedures: analysis. Eur J Soc Psychol. 1996; 26(4):557-80.

27. Padilha RQ, Lima VV, Pereira SMSF, Siriane MO, Ribeiro ECO, Petta HL, et al. Metodologias Ativas. Caderno do curso. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; 2016.
28. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática pedagógica. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
29. Lima VV. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. Interface (Botucatu). 2017; 21(61):421-34.
30. Krathwohl DR, Bloom BS, Masia BB. Taxonomy of educational objectives: handbook II: affective domain. New York: McKay; 1964.
31. Phenix PH. Realms of meaning. New York: McGraw-Hill Book Co; 1964.
32. Tapajós R. Objetivos educacionais na pedagogia das humanidades médicas: taxonomias alternativas (campos de significado e competências). Rev Bras Educ Med. 2008; 32(4):500-6.
33. Castro A. Inversão da verdade: notas sobre o nascimento da tragédia. Kriterion. 2008; 49(117):127-42.
34. Guatari F. O novo paradigma estético. In: Schnitman DF, Littlejohn S, organizadores. Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996.
35. Maturana HR. Ontologia do conversar. In: Magro C, Grasciano ME, Vaz N, organizadores. A ontologia da realidade. Belo Horizonte: Ed. Da UFMG; 2002. p. 195- 209.
36. Tomasello M, Carpenter M, Call J, Behne T, Moll H. Understanding and sharing intentions: the origins of cultural cognition. Behav Brain Sci. 2005; 28(5):675-91.
37. Maturana HR. Biologia do fenômeno social. In: Magro C, Grasciano ME, Vaz N, organizadores. A ontologia da realidade. Belo Horizonte: Ed. da UFMG; 2002. p. 195-209.
38. Maturana HR, Verden-Zöller G. Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano. São Paulo: Palas Athena; 2004.

Translated by Carolina Ventura

Marketing of food and beverage in Brazil:

scientific literature review on regulation and self-regulation of advertisements

Aline Kassahara^(a)
Flavia Mori Sarti^(b)

Kassahara A, Sarti FM. Publicidade de alimentos e bebidas no Brasil: revisão de literatura científica sobre regulação e autorregulação de propagandas. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):589-602.

The effects of marketing strategies for promotion of foods and beverages have been investigated due to its potential impacts on populations' food choices, particularly among children and adolescents. The paper presents an academic literature review on regulation and self-regulation of food and beverage advertisements in Brazil, based on search performed in electronic databases. Majority of studies were based on law analysis or qualitative study of advertisements. There are sufficient evidences on the need for government regulation of advertisements addressed to children and adolescents complementarily to institutional self-regulation in order to tackle ethical transgressions on food and beverage advertisements identified in Brazil. Additionally, there should be imposition of rigorous penalties for noncompliance to ethical rules and proposition of incentives towards actions encouraging healthy food consumption patterns, in order to comprise an actual system for promotion of public health.

Keywords: Food publicity. Health care coordination and monitoring. Direct-to-consumer advertising.

Os efeitos de estratégias de marketing para promoção de alimentos e bebidas têm sido investigados devido aos potenciais impactos sobre escolhas alimentares populacionais, particularmente entre crianças e adolescentes. O artigo apresenta revisão de literatura acadêmica sobre regulação e autorregulação de propagandas de alimentos e bebidas no Brasil, baseada em busca realizada em bases de dados eletrônicas. A maioria dos estudos identificados referia-se a análise de legislação ou estudo qualitativo das propagandas. Há evidências de necessidade de regulação das propagandas direcionadas a crianças e adolescentes em complementação ao sistema de autorregulação institucional para combate às transgressões éticas identificadas em propagandas de alimentos e bebidas no Brasil. Adicionalmente, há necessidade de aplicação de penalidades severas para transgressões éticas, assim como incentivos às ações de apoio à alimentação saudável para compor um sistema efetivo de promoção da saúde pública.

Palavras-chave: Publicidade de alimentos. Regulação e fiscalização em saúde. Publicidade direta ao consumidor.

^(a) Nutritionista. Rua Bernardo dos Santos, 10, alpha 264. São Paulo, SP, Brasil. 05542-000. alinekassahara@me.com

^(b) Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. flamori@usp.br

Introduction

Recent trends of growth in the prevalence of obesity and related chronic diseases have been associated with nutrition transition processes in diverse countries worldwide, involving reduction in physical activity levels and escalation in availability and consumption of processed foods and beverages, especially regarding items with low nutritional content (soft drinks, sweets, and other processed products with added sugar, salt and fat)^{1,2}.

Current studies acknowledge the influence of socioeconomic determinants on population's food preferences and nutrition choices, mainly referring to household, neighborhood and societal characteristics surrounding individuals, and its overlapping synergistic effects³⁻⁵. Regarding socioeconomic determinants of health, effects of marketing strategies directed towards promotion of foods and beverages have been investigated due to its potential impacts on food choices, particularly among children and adolescents⁶⁻¹².

Considering potential influences of children's food choices on long-term food consumption patterns^{7,9,10,13,14}, initiatives have been adopted in diverse countries to monitor, limit or ban advertisement on foods and beverages, especially through mass media communication and on-site at food retail stores^{9,15-18}.

In Brazil, regulatory mechanisms on food and beverage advertisements are adopted since 1970s through institutional self-regulation of ethical transgressions monitored by the National Council of Self-Regulatory Publicity (*Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária, CONAR*). CONAR is a non-governmental organization responsible for issuing and supervising the Code of Ethics applied to marketing strategies¹⁵, including recent reviews of specific rules concerning advertisement of food and beverage industry and advertisement of products for children and adolescents¹⁹⁻²⁶, published in 2006.

In addition to institutional self-regulation of CONAR, the Brazilian government established a national system for protection of consumers' rights during 1990s, based on Consumers' Defense Code (*Código de Defesa do Consumidor, CDC*)²⁷, supported by Foundation for Consumers' Protection and Defense (*Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor, PROCON*), National Secretary of Justice Ministry (*SENACON*), and Federal and State Public Ministries²⁸.

Along the last decade, national debate on ethical transgressions of food and beverage advertisements reached its pinnacle in Brazil, grounded on polarized discussion about (in)effectiveness of advertisement monitoring through institutional self-regulation and/or need(less) for government regulation to tackle excessive misinformation. A proposal of government regulation on food and beverage advertisements was carried forward by Brazilian Ministry of Health, based on Public Consultation 71/2006, published by National Agency for Health Surveillance (*Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA*) in order to propose and establish a technical regulation on marketing related to foods and beverages with added sugar, sodium, and saturated and trans fats²⁹.

A Resolution of Executive Board of ANVISA (RDC 24/2010) was the main result of Public Consultation 71/2006, intended for government regulation of advertisement of foods and beverages with low nutritional content³⁰. The regulation was revoked by 6th Committee of 1st region Federal Regional Court in 2013, due to appeal of Brazilian Association of Food Industry (*Associação Brasileira das Indústrias da Alimentação, ABIA*), based on arguments of lack of jurisdiction for imposition of penalties on food and beverage advertisements by ANVISA.

Simultaneously, the National Council for Food and Nutrition Security (*Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, CONSEA*) recommended to Brazilian legislative representatives prioritization of law projects related to regulation of processed foods and beverages advertisement in 2013, based on human right for proper nutrition and consumers' right for information³¹; and the National Council for the Rights of Child and Adolescent (*Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, CONANDA*) considered that marketing directed to children is abusive, condemning overexposure of children to advertisement of processed foods and beverages³². In sequence, Brazilian Ministry of Health recommended that health professionals inform to children's families negative influences of exposure to processed food and beverage advertisements³³.

Public health advocacy has been proactive in claiming for improvements related to food and

beverage advertisement, especially directed to children and youngsters. Civil society organizations have been promoting events and publishing pieces to support debate around regulation (e.g. Agency of News for Children's Rights - *Agência de Notícias dos Direitos da Infância, ANDI*; Brazilian Institute for Consumers' Defense - *Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, IDEC*; and Instituto Alana), questioning extent and usefulness of CONAR self-regulation for monitoring food and beverage advertisements²⁸.

In view of current discussion regarding need for regulation or self-regulation of food and beverage advertisements in Brazil, the present paper proposes to perform review of studies published on academic literature, in order to convey information to support evidence-based decision-making processes in policy directed towards promotion of public health. The study seeks to synthesize knowledge expressed in academic literature published in Brazil referring to role of regulation and self-regulation of food and beverage advertisement to offer contributions to the field of nutrition in public health, aiming for improvement of legal frameworks and institutional structures associated with health communication and health promotion.

Methods

The study presents review of scientific literature on regulation and self-regulation of advertisement of food and beverage in Brazil, performed in electronic databases Scielo, PubMed, Bireme BVS, and Scholar Google.

Studies published in Portuguese or English in peer-reviewed academic journals, scientific meetings, MSc. thesis or PhD. dissertations from 2005 until 2015 were eligible for analysis. Strategy adopted for literature search associated with the subject "regulation or self-regulation of food and beverage advertisement" was based on multiple combinations of keywords selected in Health Sciences Descriptors (DeCS), using Boolean operators "AND" and "OR":

- MEDLINE/PubMed

((("food publicity" [MeSH Terms] OR ("food" [All Fields] AND "publicity" [All Fields]) OR "food publicity" [All Fields]) AND ("Brasil" [All Fields] OR ("Brazil" [MeSH Terms] OR "Brazil" [All Fields]))) AND ("2005/01/01" [PDAT]:"2015/12/31" [PDAT]))

- Scielo and Bireme BVS

(propaganda de alimentos OR food advertisement) OR (propaganda de bebidas OR beverage advertisement) AND (regulamentação OR regulation)

Filter: Brasil

Year of publication: 2005-2015

- Scholar Google

((("Regulation of advertisement" OR "Regulamentação da publicidade") AND ("Food advertisement" OR "Propaganda de alimentos") AND ("Brazil" OR "Brasil"))

((("Regulation of advertisement" OR "Regulamentação da publicidade") AND ("Beverage advertisement" OR "Propaganda de bebidas") AND ("Brazil" OR "Brasil"))

("Regulation of advertisement" OR "Regulamentação de propagandas")

((("Food advertisement" OR "Propaganda de alimentos") AND "CONAR")

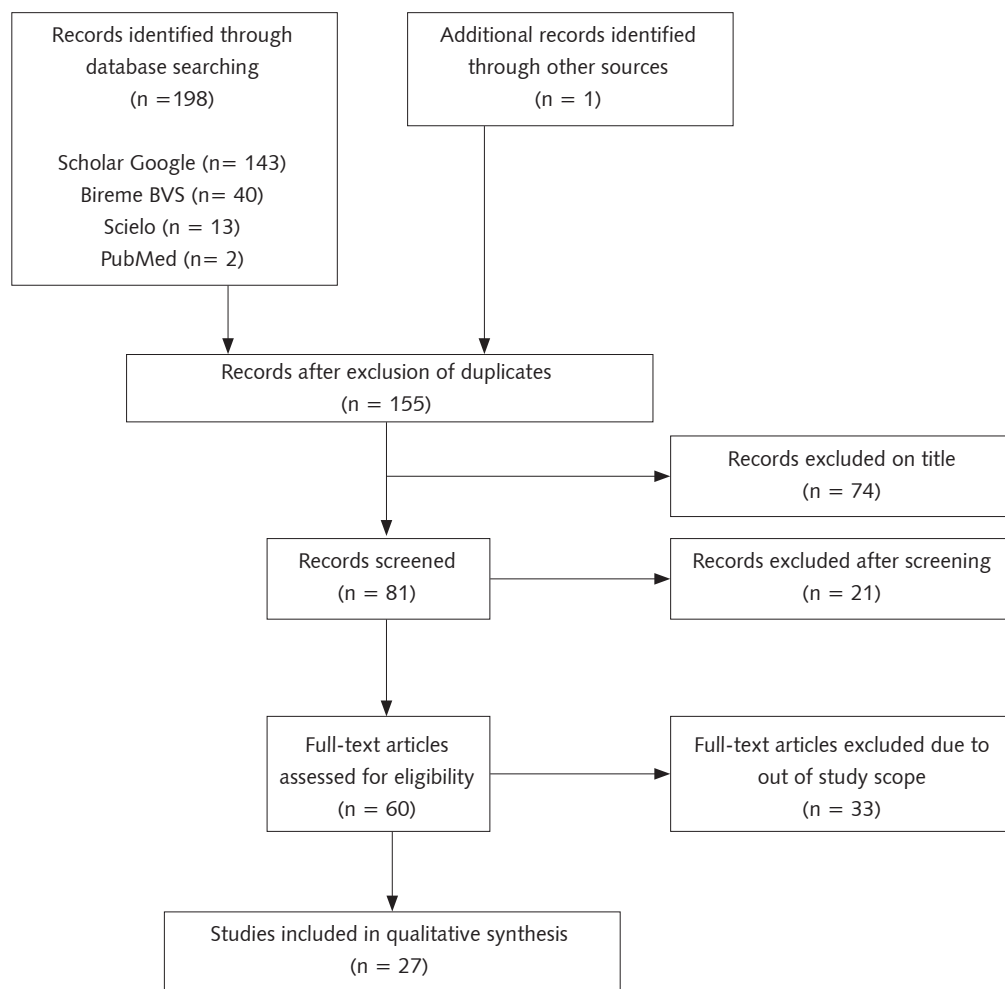
((("Beverage advertisement" OR "Propaganda de bebidas") AND "CONAR")

Specific period: 2005-2015

Literature review strategy followed methods proposed in Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)³⁴.

First literature search strategy used to perform literature review identified 198 records and one additional record was obtained through other sources; after exclusion of duplicates and records with

unsuitable titles, 81 records were screened for abstract analysis. Analysis of abstract showed sixty studies eligible for full-text analysis. Full-texts of 33 studies were excluded of literature review due to theme out of scope of analysis (Flowchart 1).



Flowchart 1. Procedures for scientific literature review on regulation and self-regulation of food and beverage advertisements in Brazil. Brazil, 2015.

Source: Authors, based on Moher et al.³⁴.

The following inclusion criteria were adopted for literature selection: papers published between 2005 and 2015 in English or Portuguese; complete manuscripts available for analysis on electronic databases; studies based on analysis of legal documents, literature review and/or analysis of primary or secondary data on regulation and self-regulation of food advertisement in Brazil; papers published in peer reviewed academic journals or scientific meetings; and academic works (MSc thesis or PhD dissertations).

Exclusion criteria for literature selection included: grey literature, manuscripts out of scope of review (regulation and self-regulation of food advertisement in Brazil); studies duplicated; and papers without full-text available for analysis. Screening process of records was based on the criteria described.

The analysis of studies gathered in literature review included qualitative investigation of type of research conducted, principal contents and results presented, and potential targeting or bias in the approach of the subject. Three main directions were identified in approach of the subject: in favor/against food industry, in favor/against monitoring performed by *CONAR*, and in favor/against government regulation (including *ANVISA*).

Results

Literature search strategy resulted in 27 full-text studies for analysis on food and beverage advertisement regulation and self-regulation in Brazil (Chart 1). Majority of studies were based on law analysis (7) or qualitative study of advertisements (7), especially due to current discussion on legality of food and beverage advertisement regulation by *ANVISA*.

Chart 1. Results of scientific literature review on regulation and self-regulation of food and beverage advertisements in Brazil, according to year of publication. Brazil, 2015.

Title	Year	Method	Findings
Lopes et al. ³⁵	2005	Qualitative study	Analysis of the content of food and medication advertisements circulated between November 2004 and June 2005 in the state of Goiás, showing the need for advertisements monitoring due to noncompliance with ethical standards.
Fagundes and Souza ³⁶	2007	Law analysis	Analysis of the prerogatives related to monitoring of advertisements of products regulated by health surveillance in Brazil, indicating the lack of control in the supervision process of advertisements. According to the results of the Brazilian Public Consultation 71/2006, the focus of supervision should be protection of citizens' health.
Santos and Batalha ³⁷	2007	Qualitative study	Description of the contents of food and beverage advertisements aired in three open TV channels with high audience between August and September 2005 in the city of Sao Carlos (state of Sao Paulo, Brazil), indicating significant level of ethical transgressions for processed foods advertisements. Yet, states that evidences published with experiences from other countries are inconclusive concerning the linkage between food marketing ban and discouragement for adoption of unhealthy diets.
Guimarães ³⁸	2008	Law analysis	Comparative analysis of aspects monitored in food advertisements by <i>CONAR</i> and <i>ANVISA</i> , showing that there are important differences between characteristics considered by both institutions, since <i>CONAR</i> Code of Ethics included several items that were not applicable for monitoring food advertisements. Other countries with government regulation of advertisement adopt specific regulation for foods and beverages.
Pinheiro and Carvalho ³⁹	2008	Essay	Description of historical context referring to social policy in Brazil and its deployments in the field of food and nutrition, indicating the need for strengthening government regulation within a strategic framework to address the ongoing nutrition transition in the country.
Rebouças ⁴⁰	2008	Law analysis	Comparative analysis of the differences between self-regulatory models directed to food advertisement adopted in Canada (Québec) and Brazil, showing that the Canadian model includes social mobilization and the Brazilian model is supported by the food market cartel. That is, in Brazil, the focus of debate on food advertisements monitoring was on media funding; whereas in Canada, it was on food companies reputations.

it continues

Chart 1. continuation

Title	Year	Method	Findings
Ferraz Junior ⁴¹	2009	Law analysis	Analysis of the jurisdiction potentially attributable to ANVISA on monitoring and control of marketing, advertisement and information on foods and beverages, through administrative acts; indicating the absence of legal grounds to support its intervention in regulation of food and beverage advertisements. ANVISA acts are limited to education campaigns due to legal limits established by Brazilian Constitution regarding interference in the economic domain.
Monteiro and Castro ⁴²	2009	Essay	Description of arguments pro and con food marketing regulation expressed by diverse actors in Brazil, defending the need for government intervention regarding the advertisement of processed foods and beverages.
Bragaglia ⁴³	2010	Literature review	Comparative analysis of the regulatory structures on food and beverage marketing in Spain and Brazil, indicating larger number of specific ethical norms for marketing directed to children in Spain.
Carratore ⁴⁴	2010	Law analysis	Analysis of the Law Project 5.921/01, intended to limit the circulation of children-targeted marketing in television during certain periods of the day (07:00 to 21:00). Nevertheless, studies have shown that children and adolescents usually watch television in other periods, that is, the regulation would probably fail to have any practical effect.
Gomes et al. ⁴⁵	2010	Literature review	Comparative analysis of the differences in behavior of transnational food and beverage companies regarding products advertisement in diverse countries, showing that compliance with ethical rules of advertisement in developed countries due to firms' strategies to maintain reputation is dissonant in relation to advertisement practices in developing countries.
Henriques ⁴⁶	2010	Law analysis	Interpretation of laws prevailing in Brazil referring to food and beverage advertisement, pointing to effective illegality of marketing strategies directed to children and lack of efficiency in self-regulation, especially due to funding provided by the own regulated industry.
Lemos et al. ⁴⁷	2010	Descriptive study	Analysis of evolution patterns in food and beverage advertisements denounced to CONAR between 1998 and 2009, indicating increasing volume of ethical transgressions in advertisements of alcoholic beverages and processed foods. Adoption of self-regulatory models for food and beverage advertisements seemed insufficient to restrain the adoption of deceptive and/or abusive contents.
Santos and Batalha ⁴⁸	2010	Qualitative study	Analysis of the contents of food advertisement aired in three open TV channels with high audience between with high audience between August and September 2006 in the city of Sao Carlos (state of Sao Paulo, Brazil), showing that TV advertisements focus on children and women, emphasizing affective characteristics and lacking information on nutritional value.
Silva ⁴⁹	2010	Essay	Analysis of the history of marketing directed to infant audience in Brazil, its language and potential effects on children's perception, selecting diverse advertisements for analysis in relation to specific regulation related to advertisement, consumer rights and children.
Marins et al. ⁵⁰	2011	Qualitative study	Analysis of 20 advertisements on food and beverages published from June to October 2006 in newspapers and magazines, calling for wider discussion on marketing strategies due to identification of advertisements that disregard consumers' needs for information on nutritional aspects.
Reis et al. ⁵¹	2011	Literature review	Analysis of literature on regulation of food and beverage advertisements in diverse countries, showing that there are usually legal restrictions for TV advertisement. In Brazil, regulation proposals and law projects recommended banning advertisement directed to children during certain hours.
Henriques et al. ⁵²	2012	Qualitative study	Analysis of food and beverage advertisements directed to children aired in two TV channels in July 2008, showing that 100% of advertisements included transgressions in at least three clauses proposed in the Brazilian Public Consultation 71/2006.

it continues

Chart 1. continuation

Title	Year	Method	Findings
Prado et al. ⁵³	2012	Essay	Analysis of documents related to regulation on food and beverage advertisement directed to children, indicating that several studies point to negative impacts on children's eating behavior and that diverse countries adopt restrictions to marketing for children.
Teixeira et al. ⁵⁴	2012	Literature review	Analysis of 27 studies published between 2000 and 2012 on initiatives to support and protect healthy eating implemented in Brazil, concluding that the country needs regulation for promotion of healthy food consumption.
Pain and Reinert ⁵⁵	2013	Qualitative study	Analysis of three case studies of food advertisement directed to children, in order to discuss regulation of food marketing in Brazil, highlighting that none of the advertisements examined included nutritional information or explanations on potential benefits or risks to health.
Pelegri and Schiavo ⁵⁶	2013	Essay	Study of recent aspects involving the regulation of advertisement in Brazil, especially the role of social actors exerting political pressure for governmental rejection of proposals for regulation of food advertisement directed to children, pointing to cultural trends towards submission and restriction to citizenship in the country.
Burlandy et al. ⁵⁷	2014	Literature review	Review of literature published between 2000 and 2014, highlighting the conflicts and interests of public and private sectors involved in initiatives related to food and nutrition within intersectoral proposals to address the challenges posed by chronic non-communicable diseases in Brazil.
Henriques et al. ⁵⁸	2014	Law analysis	Comparative analysis of the proposal extracted from the Brazilian Public Consultation 71/2006 in relation to the Resolution of Executive Board of ANVISA (RDC 24/2010), indicating that the original proposal contained detailed regulation on food and beverage advertisement that were excluded from RDC 24/2010. Lobbies from the food and beverage industry and the media sector may have influenced the final version of the document approved by the government.
Rubio and Santos ⁵⁹	2014	Descriptive study	Analysis of the advertisements adjudicated by CONAR in the category of ethical transgressions related to "children and adolescents" from 2006 to 2012, showing that CONAR had proactive role in denouncement and punishment of transgressions, favoring the qualitative improvement of advertisements.
Bacardí-Gascón and Jiménez-Cruz ⁶⁰	2015	Literature review	Analysis of studies published between 1986 and 2015 on regulation of food and beverage TV advertisement in Latin America and USA, indicating that there was substantial exposure of children to food and beverage advertisements in diverse countries, regardless of regulation. Self-regulatory models adopted in Latin America seemed to be less effective than in developed countries.
Vendrame et al. ⁶¹	2015	Qualitative study	Analysis of five TV beer advertisements based on the revision performed in 2010 on the Code of Ethics of CONAR, showing that health professional experts and adolescents agreed on the ethical transgressions represented in the advertisements. The lack of efficacy in self-regulation should be considered in public policies against alcohol consumption.

Source: The Authors, based on literature review.

Regarding law analysis, one study argued that ANVISA interventions regarding food and beverage advertisement regulation was out of its jurisdiction⁴¹, two studies focused on problems of food marketing directed to children^{44,46}, and remaining studies exposed differences between proposals and effectiveness of regulation and self-regulation in Brazil^{36,38,58}, including a comparison with self-regulation in Canada⁴⁰.

Considering qualitative studies, four studies showed high degree of noncompliance to ethical standards^{35,37,52,61}, whilst two studies focused on problems arising from absence of appropriate nutritional information for consumers^{50,55}, and the last study analyzed target audience of food advertisements, mostly directed to children and women⁴⁸.

There were six studies based on literature review; none reporting systematic review of literature, and mostly referring to the role and behavior of food and beverage industry in relation to establishment of government regulation and institutional self-regulation, pointing to potential conflicts of interest due to lobby in creation of laws or bias in process of monitoring food and beverage advertisement^{43,45,51,54,57,60}.

Five essays were identified, regarding regulation and self-regulation of food and beverage advertisement in Brazil, concentrating in analysis of historical processes related to public health advocacy and role of social actors regarding health promotion, including food industry interference on government regulation proposals^{39,42,49,53,56}.

Finally, there were two descriptive studies based on quantitative analysis of data on ethical transgressions denounced to *CONAR*: one study referring to ethical transgressions related to food and beverage advertisements⁴⁷, and one study focusing ethical transgressions of advertisements directed to children and adolescents in main categories of products and services⁵⁹.

Major part of studies identified presented approach against food and beverage industry (n=19; 70.4%)^{35-37,40,43-44,47,49-50,52-61}; seven presented approach against *CONAR* monitoring (25.9%)^{36,38,40,46-48,51}, being three also associated with negative view of industry^{36,40,47}; five studies were favorable to government regulation (18.5%)^{36,39,42,52,53}, being three also against actions of industry^{36,52-53}; three studies (11.1%) criticized government regulation (including *ANVISA*'s RDC 24/2010)^{41,45,48}; and two studies approached favorably *CONAR* monitoring (7.4%)^{44,58} whilst maintaining negative view of food and beverage industry.

Discussion

Significant part of literature reviewed suggests that there is direct responsibility of food and beverage industry regarding serious ethical transgressions in advertisement^{35-37,40,45,47,50,54,57,58,61}, especially directed towards children^{46,48,52,53,55,56,59,60}. Furthermore, results presented indicate high level of relapse in ethical transgressions of certain sectors of food and beverage industry referring to advertisement practices^{37,42,47-50,52,55,61}.

Concerning government regulation and/or institutional self-regulation, studies reviewed have shown general trends in favor of government regulation of food and beverage advertisement related to children and adolescents^{36,39,42,53,54}, whereas the role self-regulation performed by *CONAR* is usually criticized^{36,38,40,43,46,49,51}, especially regarding its limitations in punishment of ethical transgressions and potential bias due to conflicts of interest.

It is important to point that majority of studies identified in literature review were published after Public Consultation 71/2006²⁹. Additionally, a significant part of studies referred to the period after approval of RDC 24/2010³⁰.

Revocation of RDC 24/2010 during 2013 may have caused an upsurge of arguments pro and con government regulation on food and beverage advertisements, whilst debate remains unsolved in the field of public health due to ongoing societal demands regarding consumers' protection, particularly regarding awareness of marketing impacts on children's and adolescents' health.

Considering that most ethical transgressions informed to *CONAR* on food and beverage advertisements are related to alcoholic beverages and processed foods, especially regarding trustworthiness, social responsibility and children/adolescents⁴⁷, there is need of consumers'/citizens' initiatives to tackle the problem of ethical transgressions of food and beverage industry in Brazil.

Evidences collected in literature review showed that adoption of collective actions designed to impose economic burden on unethical behavior of industry usually presented better results in comparison to enforcement of government regulation or application of institutional self-regulation^{40,43,45,51,60}. That is, granting laws to support consumers' rights and providing educational attainment for knowledgeable citizenship may promote significant improvements in ethical transmission of information through advertisements.

Bearing in mind numerous tasks under responsibility of ANVISA⁶²⁻⁶⁴ involving health surveillance in frontiers and control of health risks within national territory, the inclusion of additional assignments may represent a liability to the National System for Health Surveillance, instead of bringing improvements in health conditions and welfare gains to Brazilian population. On the other side, allowing mass media communication of misinformation without punishment of ethical transgressions that compromise public health leads to perpetuation of deceptive mechanisms within markets based on unfair competition, especially between interest groups which are unevenly armed with information: industry and consumers.

Furthermore, the literature review performed shows that monitoring advertisement, especially referring to food and beverage industry, may require detailed ruling to guarantee withdrawal of bias during judgment and to endorse application of penalties to ethical transgressions adjudicated; otherwise it will just create a situation willing for lawsuits and court battles⁶⁵.

In general, banning food and beverage advertisements seems likely to occur referring to marketing addressed to children and youngsters^{46,48,52,53,55,56,59,60}, due to population concerns directed towards children's health. In 2013, a normative amendment of CONAR Code of Ethics banned advertisements directed to children⁶⁶, including foods, beverages and any products or services targeting children. Nevertheless, it is still possible to identify advertisements that appeal to children and youngsters in television and other media.

In relation to ethical practices involving food and beverage marketing, once problems related to advertisement are solved, it seems that focus of public health advocacy in certain countries has been shifting to proposal of laws related to package labeling of food and beverage, in order to provide full disclosure of information about nutritional characteristics of products, including ingredients added during the production process⁶⁵. Full disclosure policy plays an important role in promoting a disseminated culture of social mobilization⁴⁰ towards establishment of reward for evidence-based industry reputation⁴⁵ that may be able to promote effective incentives for establishment of competitive market environment with firms within food and beverage industry seeking to conquer consumers' preferences through ethical marketing practices.

Regarding limitations of the study, it is important to indicate that none grey literature was included in the literature review; therefore, numerous documents published by government agencies (Brazilian Ministry of Health, ANVISA, and other) and non-governmental organizations (*IDEC, Instituto Alana, CONAR, ABIA*, and other) were excluded from the research.

Although exclusion of grey literature may imply that the synthesis of evidences presented preclude political interests surrounding the subject of self-regulation and regulation of food and beverage advertisement, it also purports that the study deliberately proposed to try to avoid potential interests involved in the pamphlet literature. Granting that it may be virtually impossible to expunge completely conflicts of interests only restraining literature review to focus academic studies, it is usually required that scientific research should declare funding from or support to any parts with interests involved in the issue, being subject to liabilities otherwise, especially legal implications and loss of reputation.

In addition, the scientific literature review presented indicates that major part of the studies analyzed opposed the behavior of food and beverage industry regarding advertisement and marketing practices adopted in Brazil, especially targeting children and adolescents. Thus, it seems that there is certain degree of agreement among researchers in diverse fields of knowledge regarding ethical problems pervading sales strategies and commercial conducts of food and beverage industry.

Conclusion

Literature review performed was designed to join useful information on regulation and self-regulation of food and beverage advertisements in Brazil, seeking to contribute with facts and inputs that may be valuable to progress towards promotion of population welfare and incentive adoption of evidence-based decision-making processes in public health policy in Brazil.

Scientific evidences gathered in the study indicate that numerous companies within food and beverage industry exhibit differences in ethical behavior depending on location of its businesses, especially regarding practices on its products advertisement, showing lack of commitment or even absence of corporate policy referring to ethical behavior to be adopted in diverse nations worldwide.

In particular, it is important to point that literature review consistently showed problems related to conflicts of interest involving self-regulation. Although few studies indicated that CONAR had role in improvement of quality of advertisement contents, problems arising from its limited authority to impose meaningful punishment on unethical advertisements are acknowledged throughout in Brazilian research on marketing.

Nevertheless, literature also reported limitations on government regulation, especially due to lack of legal support to enforce effective sanctions on unethical advertisement, either because of absence of jurisdiction or due to imperfections in Brazilian legislation related to food and beverage advertisements. However, most studies found in literature review strongly emphasized the importance of regulation in food and beverage advertisements within the interest of public health.

Although there are evidences that consumers' empowerment through education and information may enable self-determination of food and beverage preferences, numerous studies have also shown long-term influence of advertisements directed to children and adolescents in food consumption patterns, indicating precocious capture of affective connections to certain foods and beverages through memory.

In sum, there seems to be sufficient evidences on the need for government regulation of food and beverage advertisements addressed to children and adolescents, complementarily to institutional self-regulation, in order to tackle ethical transgressions on food and beverage advertisement in Brazil. Additionally, there should be imposition of rigorous penalties referring to noncompliance in ethical rules and proposition of incentives towards actions promoting public health, in order to comprise an actual system for promotion of public health.

Contributors

The study was developed through active collaboration between AK and FMS, being both involved in development of the research, active discussion of results, and review and approval of the final version of the manuscript.

Acknowledgements

The study was supported by graduate scholarship from Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) of the Brazilian Ministry of Education.

References

1. World Health Organization. Report of the joint WHO/FAO expert consultation: diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO; 2003.
2. Woodward-Lopez G, Kao J, Ritchie L. To what extent have sweetened beverages contributed to the obesity epidemic? *Public Health Nutr.* 2010; 14(3):499-509.

3. Jaime PC, Duran AC, Sarti FM, Lock K. Investigating environmental determinants of diet, physical activity, and overweight among adults in Sao Paulo, Brazil. *J Urban Health*. 2011; 88(3):567-81.
4. Schreier HMC, Chen E. Socioeconomic status and the health of youth: a multi-level, multi-domain approach to conceptualizing pathways. *Psychol Bull*. 2013; 139(3):606-54.
5. Bleich SN, Jones-Smith J, Wolfson JA, Zhu X, Story M. The complex relationship between diet and health. *Health Aff*. 2015; 34(11):1813-20.
6. Mattos MC, Nascimento PCBD, Almeida SS, Costa TMB. Influência de propagandas de alimentos nas escolhas alimentares de crianças e adolescentes. *Psicol: Teor Prat*. 2010; 12(3):34-51.
7. Boyland EJ, Halford JCG. Television advertising and branding: effects on eating behaviour and food preferences in children. *Appetite*. 2012; 62:236-41.
8. Costa SMM, Horta PM, Santos LC. Analysis of television food advertising on children's programming on "free-to-air" broadcast stations in Brazil. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(4):976-83.
9. Díaz-Ramírez G, Jiménez-Cruz A, Souto-Gallardo MC, Bacardí-Gascón M. Effect of the exposure to TV food advertisements on the consumption of foods by mothers and children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013; 56(1):86-8.
10. Folkvord F, Anschütz DJ, Buijzen M, Valkenburg PM. The effect of playing advergames that promote energy-dense snacks or fruit on actual food intake among children. *Am J Clin Nutr*. 2013; 97:239-45.
11. Reisch LA, Gwozdz W, Barba G, De Henauw S, Lascorz N, Pigeot I. Experimental evidence on the impact of food advertising on children's knowledge about and preferences for healthful food. *J Obes*. 2013:408582. doi: 10.1155/2013/408582.
12. Pereira MR. Indo além: o uso do marketing alimentar e nutricional por uma rede de fast-food na Internet. Brasília [thesis]. Brasília: Universidade de Brasília; 2014.
13. Cezar A. The effects of television food advertising on childhood obesity. *J Nevada Public Health Assoc*. 2008; 5(1):11-4.
14. Connell PM, Brucks M, Nielsen JH. How childhood advertising exposure can create biased product evaluations that persist into adulthood. *J Consum Res*. 2014; 41(1):119-34.
15. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR). Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária. São Paulo: CONAR; 1980.
16. Veiga EM, Pannunzio MIM, Cunha TRD, Garrafa V. A legitimidade da intervenção estatal na publicidade de produtos sujeitos à vigilância sanitária. *Rev Direito Sanit*. 2011; 2(12):91-111.
17. Harris JL, Sarda V, Schwartz MB, Brownell KD. Redefining "child-directed advertising" to reduce unhealthy television food advertising. *Am J Prev Med*. 2013; 44(4):358-64.
18. Ohri-Vachaspati P, Isgor Z, Rimkus L, Powell LM, Barker DC, Chaloupka FJ. Child-directed marketing inside and on the exterior of fast food restaurants. *Am J Prev Med*. 2015; 48(1):22-30.
19. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR). Anexo "A" do Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária - Bebidas Alcoólicas. São Paulo: CONAR; 2008.
20. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR). Anexo "H" do Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária - Alimentos, Refrigerantes, Sucos e Bebidas Assemelhadas. São Paulo: CONAR; 2006.

21. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR). Anexo "P" do Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária - Cervejas e Vinhos. São Paulo: CONAR; 2008.
22. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR). Anexo "T" do Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária - Ices e Bebidas Assemelhadas. São Paulo: CONAR; 2008.
23. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR). Novas Normas Éticas do Código Brasileiro de Autorregulamentação Publicitária - Publicidade de produtos destinados a crianças e adolescentes. São Paulo: CONAR; 2006.
24. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR). Resolução 01/08 Anexo "A". São Paulo: CONAR; 2008.
25. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR). Resolução 02/08 Anexo "P". São Paulo: CONAR; 2008.
26. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR). Resolução 03/08 Anexo "T". São Paulo: CONAR; 2008.
27. Lei 8.078, de 11 de setembro de 1990. Brasília: Presidência da República; 1990.
28. Valente SBM. Movimentos sociais na publicidade: novos caminhos para a regulamentação da publicidade brasileira? *Comunicologia*. 2013; 6(1):3-18.
29. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Consulta Pública 71, de 10 de novembro de 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
30. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução RDC 24, de 15 de junho de 2010. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
31. Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA). Recomendação CONSEA 006, de 02 de outubro de 2013. Brasília: CONSEA; 2013.
32. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). Resolução CONANDA 163, de 13 de março de 2014. Brasília: CONANDA; 2014.
33. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Nota técnica conjunta 1, de 29 de junho de 2015. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
34. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: the PRISMA statement. *PLOS Med*. 2009; 6(7):1-6.
35. Lopes AS, Montes PR, Silva ET, Ataiades NJC, Freitas JS, Araújo MP, et al. Estudo de peças publicitárias de medicamentos e alimentos: as principais legislações infringidas no estado de Goiás. *Rev Eletron Farm*. 2005; 2 Suppl 2:113-5.
36. Fagundes MJD, Souza RF. A publicidade de alimentos e o direito à saúde. *Rev Direito Sanit*. 2007; 8(2):34-53.
37. Santos SL, Batalha MO. A ética na propaganda de alimentos: uma análise a partir de comerciais da televisão [Internet]. In: Anais do XLV Congresso da Sociedade Brasileira de Economia Rural (SOBER); 2007; Londrina, Brasil. Brasília: Sociedade Brasileira de Economia Rural; 2007. [citado 18 Jul 2017]. Disponível em: www.sober.org.br/palestra/6/569.pdf.
38. Guimarães CP. Proposta para o monitoramento da propaganda e promoção comercial de alimentos no Brasil [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
39. Pinheiro ARO, Carvalho DBB. Estado e mercado: adversários ou aliados no processo de implementação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição? *Elementos para um debate sobre medidas de regulamentação*. *Saúde Soc*. 2008; 17(2):170-83.
40. Rebouças E. Os desafios para a regulamentação da publicidade destinada a crianças e adolescentes: soluções canadenses e reticências à brasileira. *Intercom*. 2008; 31(2):75-97.

41. Ferraz Junior TS. Competência da ANVISA e a regulamentação da propaganda. *Rev Direito Adm.* 2009; 251:215-32.
42. Monteiro CA, Castro IRR. Por que é necessário regulamentar a publicidade de alimentos. *Ciênc Cult.* 2009; 61(4):56-9.
43. Braglia AP. Atualizando o debate sobre o cenário normativo publicitário ante o público infantil: um estudo comparativo entre Brasil e Espanha. *Rev Estud Comun.* 2010; 11(25):135-44.
44. Carratore LRRD. A legislação sobre a publicidade infantil e a falta de critérios técnicos em mídia [Internet]. In: Anais do Intercom - Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação e XI Congresso de Ciência da Comunicação na Região Nordeste; 2010; Campina Grande, Brasil. São Paulo: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação; 2010 [citado 18 Jul 2017]. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/regionais/nordeste2010/resumos/R23-1593-1.pdf>.
45. Gomes FDS, Castro IRR, Monteiro CA. Publicidade de alimentos no Brasil: avanços e desafios. *Ciênc Cult.* 2010; 62(4):48-51.
46. Henriques IVM. Controle social e regulação da publicidade infantil: o caso da comunicação mercadológica de alimentos voltada às crianças brasileiras. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde.* 2010; 4(4):72-84.
47. Lemos AR, Crescitelli E, Sarti FM. Um estudo exploratório sobre a postura ética das empresas na divulgação de produtos alimentícios [Internet]. In: Anais dos XIII Seminários em Administração (SEMEAD); 2010; São Paulo, Brasil. São Paulo: Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo; 2010 [citado 18 Jul 2017]. Disponível em: http://sistema.semead.com.br/13semead/resultado/an_resumo.asp?cod_trabalho=290.
48. Santos SL, Batalha MO. Propaganda de alimentos na televisão: uma ameaça à saúde do consumidor? *Rev Admin.* 2010; 45(4):373-82.
49. Silva DV. Publicidade infantil na TV: estudo da produção e regulamentação. *Temática.* 2010; 6(9):1-91.
50. Marins BR, Araújo IS, Jacob SC. A propaganda de alimentos: orientação, ou apenas estímulo ao consumo? *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(9):3873-82.
51. Reis CEG, Vasconcelos IAL, Barros JFN. Políticas públicas de nutrição para o controle da obesidade infantil. *Rev Paul Pediatría.* 2011; 29(4):625-33.
52. Henriques P, Sally EO, Burlandy L. Regulamentação da propaganda de alimentos infantis como estratégia para a promoção da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2012; 17(2):481-90.
53. Prado RADP, Acevedo CR, Lopes EL, Moretti SLA, Silva MA. Propaganda televisiva para crianças: um ensaio teórico sobre sua regulamentação nacional e internacional. *Rev Admin UEG.* 2012; 3(2):84-105.
54. Teixeira MG, Pereira TSS, Silva TSD, Molina MDCB. Medidas de proteção na promoção de alimentação saudável: uma revisão de literatura. *Rev Bras Pesqui Saúde.* 2012; 14(4):90-6.
55. Pain GKB, Reinert M. Regulamentação versus auto-regulamentação publicitária: uma análise institucional aplicada ao mercado de alimentos infantis. *Rev Econ Adm.* 2013; 12(2):217-32.
56. Pelegrini M, Schiavo SF. Participação popular na mídia é censura? In: Sousa H, Pinto M, Fidalgo J, Jedrzejewski S, Costa e Silva E, Melo A, et al. *Media policy and regulation: activating voices, illuminating silences.* Minho: Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade; 2013. p. 378-87.

57. Burlandy L, Gomes FS, Carvalho CMP, Dias PC, Henriques P. Intersetorialidade e potenciais conflitos de interesse entre governos e setor privado comercial no âmbito das ações de alimentação e nutrição para o enfrentamento de doenças crônicas não transmissíveis. *Vig Sanit Debate*. 2014; 2(4):124-9.
58. Henriques P, Dias PC, Burlandy L, Beiler RM. A regulamentação da propaganda de alimentos no Brasil: convergências e conflitos de interesses. *Cad Saúde Pública*. 2014; 30(6):1219-28.
59. Rubio FL, Santos FA. Anúncios julgados pelo (CONAR) Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária, na categoria 'crianças e adolescentes', no período de 2006 a 2012. *Rev Inov Tecnol*. 2014; 4(2):87-108.
60. Bacardí-Gascón M, Jiménez-Cruz A. TV food geared to children in Latin-American countries and Hispanics in the USA: a review. *Nutr Hosp*. 2015; 31(5):1928-35.
61. Vendrame A, Silva R, Xuan Z, Sparks R, Noel J, Pinsky I. Self-regulation of beer advertising: a comparative analysis of perceived violations by adolescents and experts. *Alcohol Alcohol*. 2015; 50(5):602-7.
62. Decreto 3.029, de 16 de abril de 1999. Brasília: Presidência da República; 1999.
63. Lei 9.782, de 26 de janeiro de 1999. Brasília: Presidência da República; 1999.
64. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC 61, de 03 de fevereiro de 2016. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
65. Pomeranz JL. Outstanding questions in First Amendment Law related to food labeling disclosure requirements for health. *Health Aff*. 2015; 34(11):1986-92.
66. Conselho Nacional de Autorregulamentação Publicitária (CONAR)/Associação Brasileira de Anunciantes (ABA). Advertisement and children: global comparative of the legislation and self-regulation [Internet]. São Paulo: CONAR/ABA; 2013 [citado 12 Abr 2016]. Disponível em: <http://www.conar.org.br/advertisementandchildren.pdf>.

Kassahara A, Sarti FM. Publicidad de alimentos y bebidas en Brasil: revisión de la literatura científica sobre regulación y auto-regulación de propagandas. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(65):589-602.

Los efectos de estrategias de marketing para promoción de alimentos y bebidas se han investigado debido a los potenciales impactos sobre elecciones alimenticias poblacionales, particularmente entre niños y adolescentes. El artículo presenta una revisión de la literatura académica sobre regulación y auto-regulación de propagandas de alimentos y bebidas en Brasil, con base en una búsqueda realizada en bases de datos electrónicas. La mayoría de los estudios identificados se refería al análisis de la legislación o estudio cualitativo de las propagandas. Hay evidencias de la necesidad de regulación de las propagandas dirigidas a niños y adolescentes en complementación al sistema de auto-regulación institucional para el combate a las transgresiones éticas identificadas en propaganda de alimentos y bebidas en Brasil. Adicionalmente, hay la necesidad de aplicación de penalidades severas para transgresiones éticas, así como incentivos a las acciones de apoyo a la alimentación saludable para componer un sistema efectivo de promoción de la salud pública.

Palabras clave: Publicidad de alimentos. Regulación y fiscalización en salud. Publicidad directa al consumidor.

Submitted in 11/07/16. Approved in 07/07/17.

Inventários das brincadeiras e do brincar:

ativando uma memória dos afetos

Andrea Perosa Saigh Jurdi^(a)

Carla Cilene Baptista Silva^(b)

Flavia Liberman^(c)

A arte da narração não está confinada nos livros, seu veio épico é oral. O narrador tira o que narra da própria existência e a transforma em experiência dos que os escutam. No romance moderno, o herói sofre vicissitudes do isolamento e, se não consegue expressá-las de forma exemplar para nós, é porque ele mesmo está sem conselho e não pode dá-lo aos outros.¹ (p. 85)

“Ouça um bom conselho que vai de graça: hoje, amanhã, ou por esses dias, não se acanhe de selecionar uma foto que você mais gosta de quando era criança guardada na sala ou naquele armário empoeirado. Preferencialmente uma foto que vai rememorar aquela criança viva, ativa, sorridente, brincalhona, lúdica que você foi. Olhe para ela e faça as seguintes perguntas: como ela está e por onde ela está?”

O convite acima é feito aos estudantes de graduação do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Paulo no início de sua formação lúdica, na unidade curricular Atividades e Recursos Terapêuticos (ART): lúdico e lazer após a exibição do filme “Tarja Branca – a revolução que faltava”².

A unidade curricular ART – lúdico e lazer tem por objetivo que o estudante compreenda a importância das atividades lúdicas e de lazer ao longo do desenvolvimento humano e enquanto recurso de intervenção profissional, concebendo o brincar como legítimo depositário da cultura de transmissão oral de crianças, jovens, adultos e idosos.

Como docentes terapeutas ocupacionais buscamos pensar e aprofundar as metodologias utilizadas nas aulas e suas ressonâncias para a formação do Ser - terapeuta ocupacional e para o conhecimento e compreensão das populações por nós acompanhadas.

O uso de atividades na formação de terapeutas ocupacionais é uma premissa básica: fazer, construir, ressignificar atividades e objetos, recuperar. Porém, para além da experimentação das atividades é também competência do terapeuta ocupacional saber como usá-las com a população assistida por eles, contextualizá-las e, principalmente, inseri-las ou utilizar as atividades e recursos que emergem da cultura de sua população alvo³.

^(a,b,c) Departamento Saúde, Educação e Sociedade, Curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de São Paulo. Rua Silva Jardim, 136. Vila Mathias, campus Baixada Santista. Santos, SP, Brasil. 11015-020. andreaJurdi@gmail.com; carlaci@gmail.com; toflavia.liberman@gmail.com

O brincar constitui-se em um sistema que integra a vida social dos indivíduos e faz parte do patrimônio lúdico-cultural, traduzindo valores, costumes, formas de pensamento e ensinamentos. Nesse sentido, compreende-se que a atividade lúdica instaura uma nova relação com a vida, possibilita a criação de um novo mundo, estabelece outros jeitos de viver e de fazer, cria novos padrões de sociabilidade permeados pela amizade, pela cooperação e pela noção de responsabilidade coletiva⁴.

Nesse processo de formação lúdica, utiliza-se a produção de inventários, forma de narrativa que possibilita ao estudante experimentar a atividade, elaborá-la, construí-la individualmente e coletivizá-la posteriormente. Nesse caso, falamos de narrativas da experiência que trazem consigo o potencial de resgatar a memória lúdica atravessada pelos afetos e constituí-la no presente. Para Benjamin⁵ a matéria da narrativa é a experiência. O narrador colhe o que narra na experiência, própria ou relatada, e transforma isso outra vez em experiência dos que ouvem sua história.

Narrar sempre de novo a experiência partilhada, refletir sobre as estratégias para produzir lembranças e comunicá-las, constituindo memórias e compreensões sobre o tempo, é uma forma de ressignificar o passado no presente e apresentá-lo em sua novidade.

Como proposta de ensino e de avaliação de uma unidade curricular, que prima pela vivência da subjetividade e da criação, o formato de apresentação do inventário, como ilustrado, também é um convite ao lúdico. As narrativas “veem de bicicleta” ou no formato de um quebra-cabeça, montagens fotográficas ou esculturas em papel, entre tantas outras possibilidades, recheadas de sentidos, afetos, significados, proporcionando experiências e aprendizados.

Nesta composição entre texto e imagens, apresentaremos algumas reflexões que surgiram ao longo dos últimos oito anos com a proposta do “inventário das brincadeiras e do brincar”, elaborado e apresentado pelos estudantes ao final do semestre letivo. Considerando que estas discussões poderão contribuir para os terapeutas ocupacionais e para profissionais de outros campos que utilizam as brincadeiras e o brincar na formação de estudantes e em seu cotidiano de trabalho.

O inventário- ativando uma memória dos afetos

Sou hoje um caçador de achadouros da infância.

Vou meio dementado e enxada às costas cavar no meu quintal vestígios dos meninos que fomos.⁶ (p. 67)

Inventário deriva da palavra do latim *inventarium*, que significa relação de bens deixados por alguém e documento ou lista em que se encontram registrados, contendo ou não uma enumeração detalhada ou minuciosa dos mesmos⁷. Partindo dessa definição e expandindo o seu significado, é solicitado aos estudantes, no início da unidade curricular, que realizem um estudo intergeracional de suas brincadeiras e brinquedos, de seus pais e de seus avós, permitindo a cada um a sistematização do material de acordo com seu estilo e criatividade.

Nesse processo, os estudantes entram em contato com manifestações diversas de narrativas familiares que, até então, eram desconhecidas pelos mesmos. Não é incomum que avós, pais e tios relatem situações difíceis na infância que não permitiam que brincassem. Mas, ao mesmo tempo em que essas narrativas trazem a impossibilidade, mostram também um brincar que emerge de condições difíceis de vida. As narrativas familiares mostram que em algum momento foi possível brincar, construir um brinquedo, como um alívio para superar dias difíceis.

A formação lúdica para fazer sentido precisa resgatar a memória do brincar, nossas experiências passadas e trazê-las para o presente. Ao mesmo tempo é produzido espaços de encontro transformador. Uma cena relatada na apresentação dos inventários, uma das estudantes traz uma

determinada brincadeira que passa de geração para geração, outra conta como esta proposta reuniu pessoas da família que estavam há muito distanciadas, outras ainda narram a emoção que esse processo provocou em si e nos seus familiares. Foi possível, ainda observar como surgiram brincadeiras comuns a muitos estudantes.

No ato individual de recordar, as lembranças do nosso brincar são sempre coletivas, pois segundo Cardoso⁸ essas memórias partem de um grupo de pessoas que, coexistem e se apoiam. Se a memória individual aparece ligada às experiências mais significativas para o sujeito, a memória coletiva abrange experiências compartilhadas por um grupo mais ampliado⁸.

Podemos dizer que a confecção destes inventários possibilitou inúmeras vertentes para análise: o conhecimento de suas histórias pessoais, o contato com brincadeiras e brinquedos das diferentes gerações, reflexões sobre aspectos econômicos, sociais e culturais que influenciam o brincar.

Quando tomamos a narrativa como forma de rever a escrita do passado à luz do presente e resgatar o ser brincante que fomos e somos, não se trata de regressar ao estado infantil, mas de recompor o lugar e o momento dessas condutas perdidas. Instaure-se um trabalho de certa forma artesanal por parte do narrador, que, diante de sua experiência, constrói uma forma particular de concebê-la, envolvendo-a de sentimentos e sentidos próprios⁸.

Desse modo, todo o processo de ensino/aprendizagem vivenciado com os inventários também permite aos estudantes compreenderem melhor alguns referenciais teóricos relativos à Cultura Lúdica, enquanto uma estrutura complexa e hierarquizada, constituída de brincadeiras conhecidas e disponíveis, de costumes lúdicos, de brincadeiras individuais, tradicionais ou universais e geracionais.

Outro aspecto que emerge nesse percurso do contar e recontar, de investigar a história de um brincar intergeracional é a possibilidade de reflexões sobre atividades lúdicas de hoje, dos espaços e tempos, de elementos do fazer na contemporaneidade.

Observamos ainda que os inventários que os estudantes fizeram a partir de uma leitura intergeracional provocaram intervenções nas próprias famílias. Ao evocar a memória da infância, das brincadeiras e brinquedos utilizados por avós, pais, tios em comparação com sua própria experiência e universo lúdico, provocava um novo olhar para a família e, por outro lado, a própria família pode repensar sua experiência e cultura lúdica. Por essas características podemos pensar nos inventários como narrativas concretas que dão visibilidade às memórias e afetos, ativando um devir-criança, essencial para a formação lúdica e, portanto, para a vida.

Por fim...

“Não quero adultos nem chatos.

Quero-os metade infância e outra metade velhice!

Crianças, para que não esqueçam o valor do vento no rosto;

e velhos, para que nunca tenham pressa.”

Oscar Wilde

Deixar registrada essa vivência por meio de imagens e escrita tem como objetivo não só contribuir para a reflexão sobre diferentes metodologias que podem ser utilizadas pelo docente para sensibilizar o aluno na construção do ser terapeuta, mas também divulgar a poética e a criatividade presentes em experimentações realizadas no módulo de atividade e recurso terapêutico.

Para Fortuna⁹ talvez seja na ludicidade que possamos pensar em uma nova formação para nossos estudantes, uma vez que esta não desaparece ao término da infância. Ela não só persiste na vida adulta como se metamorfoseia nos modos de ser, de pensar, de aprender e ensinar, nos modos de viver.



João Caldas



João Caldas



João Caldas



João Caldas



João Caldas

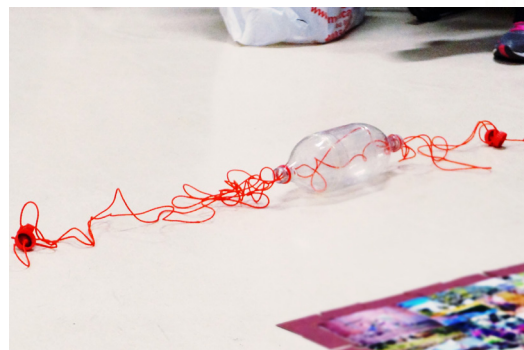


João Caldas

Andrea Perosa Saigh Jurdi



Andrea Perosa Saigh Jurdi



João Caldas

Colaboradores

Todas as autoras participaram ativamente da discussão, revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Bosi E. Memória e sociedade: lembranças de velhos. São Paulo: Companhia das Letras; 1994.
2. Rhoden C. Tarja Branca – a revolução que faltava. São Paulo: Maria Farinha Filmes; 2014. (Documentário).
3. Lima EMFA, Pastore MDIN, Okuma DG. As atividades no campo da terapia ocupacional: mapeando a produção científica de terapeutas ocupacionais brasileiros de 1990 a 2008. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2011; 22(1):68-75.
4. Jurdi APS. A ética do cuidado e do encontro: a possibilidade de construir novas formas de existência a partir de uma brinquedoteca comunitária [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia USP; 2009.
5. Benjamin W. O narrador: considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: Benjamin W. Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 197-221.
6. Barros M. Memórias inventadas – as infâncias de Manoel de Barros. São Paulo: Planeta do Brasil; 2010.
7. Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa [Internet]. 2015 [citado 30 Nov 2016]. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/2015>.
8. Cardoso SR. Memórias e Jogos tradicionais infantis: lembrar e brincar é só começar. Londrina: Eduel; 2004.
9. Fortuna TR. A formação lúdica docente e a universidade: contribuições da ludobiografia e da hermenêutica filosófica [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2011.

O módulo Atividades e Recursos Terapêuticos: Lúdico e Lazer tem proposto aos estudantes experimentarem a produção de inventários, forma de narrativa que possibilita resgatar a memória lúdica atravessada pelos afetos e constituí-la no presente. Permite o contato com narrativas familiares, com a história pessoal e o conhecimento das brincadeiras e brinquedos das diferentes gerações. Deixar registrada essa vivência por meio de imagens e escrita tem como objetivo contribuir para a reflexão sobre metodologias que podem ser utilizadas para sensibilizar o estudante na construção do ser terapeuta, para a formação dos terapeutas ocupacionais e para profissionais de outros campos que utilizam as brincadeiras e o brincar em seu cotidiano de trabalho. Podemos pensar nos inventários como narrativas concretas que dão visibilidade às memórias e afetos, ativando um devir-criança, essencial para a formação lúdica.

Palavras-chave: Narrativa. Formação em Terapia Ocupacional. Ensino. Brincar.

Inventories of games and of playing: activating a memory of affections

The module “Therapeutic Activities and Resources: Games and Recreation” has invited students to experiment with the drawing up of inventories, a narrative form that makes it possible to recapture memories of play that are influenced by affections and thereby constitute them in the present. This allows for contact with family narratives, personal history and knowledge of the games and toys found in different generations. The objective of registering these experiences through images and writing is to contribute towards a reflection about the methodologies that could be used to sensitize students about the development of being a therapist, for the training of occupational therapists and for professionals from other fields who use games and toys in their daily work. We can think of the inventories as concrete narratives that give exposure to the memories and affections, activating a becoming-child, essential for playful education.

Keywords: Narrative. Occupational Therapy Education. Teaching. Playing.

Inventarios de los juegos y del jugar: activación de una memoria de los afectos

El módulo Actividades y Recursos Terapéuticos: Lúdico y Ocio han propuesto que los estudiantes hagan experiencias con la producción de inventarios, forma de narrativa que posibilita rescatar la memoria lúdica atravesada por los afectos y constituirlos en el presente. Permite el contacto con narrativas familiares, con la historia personal y el conocimiento de los juegos y juguetes de las diferentes generaciones. Dejar registrada esa vivencia por medio de imágenes y de la escritura tiene el objetivo de contribuir para la reflexión sobre metodologías que pueden utilizarse para sensibilizar al estudiante en la construcción del ser terapeuta, para la formación de los terapeutas ocupacionales y para profesionales de otros campos que utilizan los juegos y el jugar en su cotidiano de trabajo. Podemos pensar en los inventarios como narrativas concretas que proporcionan visibilidad a las memorias y afectos, activando un devenir-niño esencial para la formación lúdica.

Palabras clave: Narrativa. Formación en Terapia Ocupacional. Enseñanza. Jugar.

Submetido em 11/01/17. Aprovado em 25/04/17.

O ensino de promoção e educação em saúde para sanitaristas

Roberto Henrique Amorim de Medeiros^(a)

A Saúde Coletiva (SC) como área de conhecimento e de práticas surgiu no compasso das mudanças promovidas no setor saúde ao longo de um processo reconhecido em nosso país como Reforma Sanitária. Em termos gerais, traduz, em seu escopo, a crítica do movimento social e acadêmico que problematizou, a partir dos anos 1950-1960 no Brasil, as práticas do campo da Saúde Pública. Por definição, a SC integra áreas do conhecimento da Saúde Pública, da Saúde Preventiva e Social, da Epidemiologia Social e da inter-relação Saúde e Sociedade.

Na esteira das mudanças promovidas nesse processo histórico, reflexões importantes sobre a educação profissional e cidadã levaram a alterações curriculares nos cursos de graduação da área da saúde¹, bem como a criação de novas graduações, como a própria SC. São essas as mudanças estruturais necessárias, decorrentes das novas demandas e necessidades em saúde produzidas no seio de uma sociedade que retoma, paulatinamente, o exercício dos direitos básicos de cidadania após o regime militar.

O sanitarista, hoje certificado por diploma acadêmico de graduação e pós-graduação, deve constituir-se num profissional que saiba integrar criticamente os conhecimentos da atenção, gestão e planejamento para a produção de práticas, políticas e teorias que levem em consideração o processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida dos coletivos e indivíduos.

Como sói acontecer a tudo que se instaura no discurso social, sejam modos de vida ou instituições, há uma historicidade inexorável que os engendra e que mantém operantes, em alguma medida, os seus fundamentos. Fato que pode provocar, muitas vezes, alguns paradoxos. No caso da SC, a origem situada na Saúde Pública lhe trouxe a possibilidade da crítica dos paradigmas que organizavam, até então, o conceito restrito de saúde – como ausência de doenças e, estas, como condições de funcionamento anômalo do organismo humano, conhecidas em sua história natural e passíveis de tratamento –, assim como a consideração da importância da sua determinação social e de seu conceito amplo que inclui a qualidade de vida. Do ponto de vista profissional, a SC trouxe a possibilidade da crítica acerca da generalização epidemiológica do adoecimento, patrocinadora de práticas higienistas voltadas ao saneamento de cidades e territórios estratégicos para a gestão do Estado.

^(a) Bacharelado em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua São Manoel, 963, B. Santa Cecília, campus da Saúde. Porto Alegre, RS, Brasil. 90620-11. robertoamorim80@hotmail.com

Entretanto, a atual formação acadêmica do sanitariaista parece, ainda, preservar e privilegiar algumas características da lógica da Saúde Pública. A organização pedagógica e curricular privilegia uma formação crítica, técnica e analítica, cuja ênfase recai: na operação com recursos estatísticos e epidemiológicos, análise de situações de saúde, e capacidade para refletir a partir das contribuições das ciências sociais e humanas, para operar com a análise de políticas e de práticas em saúde. Embora a diferenciação crítica e ideológica, a ênfase da formação do sanitariaista moderno se aproxima de elementos que caracterizam o sanitariaista pré-Reforma Sanitária.

No campo do mercado de trabalho, a expectativa dos serviços que acolhem o sanitariaista também mantém, no imaginário, aquele profissional que sabia proceder e planejar ações no campo da gestão e da vigilância em saúde a partir da sua tradicional faceta epidemiológica. É possível que, atualmente, o próprio aspirante ao diploma dessa área profissional assuma, como importante para sua sobrevivência no mercado de trabalho, o desenvolvimento do saber-fazer tradicional da gestão e avaliação de políticas, além do valorizado conhecimento epidemiológico e estatístico^(b).

Um último exemplo da influência original da Saúde Pública talvez se encontre no fato de os serviços de saúde, que recebem alunos de SC como estagiários para realizarem prioritariamente práticas de promoção e educação em saúde, proporem atividades de estabelecimento e operação de sistemas de informação epidemiológicos. Em detrimento de atividades que coloquem os alunos em contato com os grupos, indivíduos, famílias e com o dilema de operar a partir das singulares e complexas necessidades em saúde com os recursos da escuta, da dinâmica de grupo, da educação e comunicação em saúde.

O jogo de alienação e separação em que se envolve a SC, simultaneidade dialética e essencial para a produção de sua diferenciação da Saúde Pública e do paradigma medicalizante, produz posições arejadas e amadurecidas em termos éticos, práticos e técnicos no campo da saúde. A integralidade do cuidado, a consideração das singularidades dos coletivos no processo de construção da autonomia no cuidado com a própria saúde, o envolvimento político e cidadão do profissional nas questões do setor, a humanização das práticas e horizontalização das decisões entre profissionais e usuários, a retomada da escuta do outro, o respeito aos diferentes modos de vida e formas de cuidado tradicionais com a saúde, são exemplos de efeitos discursivos da SC.

Ao mesmo tempo, é comum encontrar algum acirramento de certas posições no campo da SC, nem sempre essenciais a sua diferenciação do saber da Saúde Pública para constituir-se segundo a ideologia que a engendrou. Dois exemplos disso são corriqueiros: a perspectiva de que o sanitariaista apenas deva se ocupar de grupos sociais e certa aversão à prática qualificada como clínica. O primeiro parece advir do próprio significante “coletivo”. O sentido de “agrupamento” que sugere – “grupo social”, visto que é a introdução do pensamento sócio histórico e antropológico que auxilia a estruturação da novidade em relação à Saúde Pública –, promove o entendimento restrito de que o sanitariaista deva se ocupar apenas dos fenômenos saúde surgidos ou atribuídos à interação grupal. Na esteira dessa mesma concepção e amplificada pela crítica à hegemonia do paradigma médico nas práticas e organização de sistemas de saúde, encontra-se a aversão a tudo que se refira à clínica. A despeito do termo “clínica ampliada”, que, ao invés de negá-la, a redefine no contexto das mudanças do setor saúde², é comum encontrar alguma resistência, entre alunos, professores e profissionais alinhados ao discurso da SC, a acolhê-la como recurso potente nesse campo.

^(b) É o que pareceu indicar uma carta redigida e levada a público, em rede social, por um grupo de alunos do curso de Saúde Coletiva da UFRGS, no ano de 2014. No formato de carta aberta aos docentes, o documento ilustrou bem a condição citada acima, ao demandar, em seu 8º. item, ênfase no ensino da administração pública e da gestão.

A clínica é produção da prática médica organizada a partir do séc. XVIII que, acompanhando o desenvolvimento técnico-científico, sofreu o processo de especialização e refinamento em termos tecnológicos. Suas articulações com o complexo produtivo da saúde, em especial com a indústria farmacêutica, assim como sua ressonância com a cultura individualista da modernidade, trouxe o esvaziamento de seu propósito original – escuta, integralidade diagnóstica e respeito à experiência do doente com sua sintomatologia; o que parece justificar o mencionado rechaço pelos profissionais alinhados aos propósitos da SC e da Reforma Sanitária – e Psiquiátrica – no caso brasileiro³. A medicalização implícita na prática clínica tradicional, definindo o que é normal e propondo, como fim terapêutico, o reajuste a padrões determinados pelo próprio discurso médico-científico, seria suficiente para tal rechaço. Além dos efeitos limitados de práticas sustentadas apenas no entendimento biologicista das racionalidades médicas no campo da Saúde⁴.

Há, entretanto, nuances de entendimentos nesses dois pontos que, possivelmente, têm implicado em certos efeitos, há pouco tangenciados, na formação e nas práticas da SC. O conceito de “coletivo” que lhe empresta sentido não diz respeito exclusivamente à reunião de mais de um indivíduo à qual se remetem as preocupações em termos de cuidado em saúde. É o que sustentam alguns teóricos do campo⁵ ao enfatizarem agenciamentos coletivos, entendidos como modos de subjetivação possíveis do indivíduo em relação com outros elementos, como objetos, políticas, modos de vida⁶.

A clínica, por sua vez, não se resume na prática médica especializada e individual, mas pode ser a prática compartilhada de saberes afins ao campo da saúde em seu contexto amplo – Clínica Ampliada⁷ – por uma equipe multiprofissional ou não, além de não ser limitada a procedimentos terapêuticos normatizantes, nem individuais. Alguma clínica psicanalítica é um exemplo disso, assim como certas práticas integrativas, que advogam em favor de outras lógicas da clínica e da racionalidade médica⁸.

Neste artigo não serão aprofundadas as questões que envolvem conceitos de coletivo e da clínica no campo da SC. No entanto, será possível apresentar uma proposta inicial que problematize o afastamento aparente do sanitarista das práticas de atenção à saúde no campo acadêmico e profissional, o que será feito por meio da descrição e da análise de uma experiência pedagógica do curso de graduação em SC da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Um processo de aprendizagem fundado no território

Durante seis semestres – março de 2012 a dezembro de 2016 – a Promoção e Educação em Saúde V, Unidade de Produção Pedagógica (UPP)^(c) do quinto semestre de graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), tem sido trabalhada com o propósito de integrar saberes acumulados pelos alunos e permitir uma experiência de contato direto com populações e territórios. O objetivo geral, segundo seu plano de ensino, é o estudo acerca da promoção e educação em saúde no contexto dos espaços e ambientes, envolvendo estratégias de intervenção em diferentes contextos socioculturais. Tal objetivo era atingido anteriormente a partir de leituras e exercícios sobre um cenário fictício, como, por exemplo, uma situação-problema planejada e descrita pelo professor, ou, mesmo, um local da cidade em que houvesse uma reunião permanente ou temporária de pessoas em torno de um evento que ocorresse durante o transcurso do semestre. Em ambos os casos, os

^(c) Conjunto de saberes desenvolvidos de modo articulado e longitudinal na proposta de um currículo integrado para o curso, no sentido do desenvolvimento e produção de um conhecimento interdisciplinar.

alunos costumavam articular os conteúdos e discussões de sala de aula aos problemas sugeridos pela situação fictícia, ou visitavam os locais escolhidos para proporem ações de promoção em saúde de acordo com a percepção acerca dos problemas identificados naquele ambiente. No caso da situação-problema fictícia, era suficiente a elaboração de um projeto de intervenção.

A partir de março de 2012 começou a ser construída uma nova estrutura para a UPP que compreende noventa horas/aula do currículo do curso. A nova proposta sustentou-se em aspectos práticos da aprendizagem baseada em problemas e estruturou-se segundo a pedagogia da problematização. Nesse caso, ao longo do processo de construção do conhecimento, o aluno precisará valer-se do que aprendeu durante o curso em outras UPPs – planejamento, vigilância, gestão e políticas em saúde, bem como de reflexões sócio-históricas – além do que aprendera em outros semestres acerca da promoção e educação em saúde.

A dinâmica dos trabalhos, que se estendem ao longo de um semestre, costuma compreender as seguintes etapas: estudar o conceito amplo de território, ir à campo reconhecer um território escolhido como cenário de práticas, efetivar modos de conhecer e levantar situações-problema em saúde coletiva, utilizar o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para escolha de um problema, estudar a fundo os nós críticos do problema escolhido, planejar uma ação de promoção e/ou educação em saúde, e, finalmente, realizar a intervenção. O relatório de todo o processo constitui o trabalho escrito a ser entregue ao final do semestre, juntamente com a apresentação em sala de aula no momento da avaliação.

O início de todo o processo tem sido a sensibilização do graduando em Saúde Coletiva para a complexidade do conceito de território no campo da Saúde. Leituras e produções textuais buscam problematizar o conceito, que compreende não apenas seu aspecto geopolítico, mas a territorialidade e a consciência territorial. Logo nos primeiros encontros, os alunos fazem uma primeira observação não sistemática do território escolhido. Como se trata de um curso noturno, os espaços adequados para a tarefa – em termos de segurança e de acesso à população e aos serviços – não são numerosos. Até o momento, a prática tem sido desenvolvida em locais como a estação rodoviária ou algum recorte do centro ou de bairros da cidade de Porto Alegre, o que tem viabilizado a proposta satisfatoriamente.

Após a construção do conceito de território e as primeiras visitas, a turma é convidada a dividir-se em pequenos grupos de sete alunos em média. Cada grupo é acompanhado, em seus desenvolvimentos e aprendizagens, pelo professor e monitores, a exemplo do que é preconizado pela aprendizagem baseada em problemas^{9,10}. Embora passem a operar independentemente, cada grupo participa de atividades voltadas para toda a turma, nas quais ocorrem: orientações gerais, instrumentalizações para as atividades práticas, leituras e discussões contextualizadas pela problematização das temáticas; procedimento que também permite o compartilhamento e acompanhamento dos trabalhos de cada grupo pelos demais colegas.

Na UPP de Promoção e Educação em Saúde V, o aluno enriquece sua caixa de ferramentas¹¹ com conhecimentos, dinâmicas e instrumentos que lhe permitirão, no futuro, conduzir um processo de planejamento, vigilância e intervenção no território sob o prisma da SC. Pouco antes de retornar ao território de práticas, cada grupo planeja uma ação de reconhecimento e levantamento de situações de saúde baseada na técnica da Estimativa Rápida¹². Por meio da observação sistemática do local, das entrevistas com informantes-chave e da pesquisa em dados secundários, cada grupo passa a contar com informações suficientes para a análise e o levantamento de situações-problema daquele território.

Como forma de apresentação do resultado dessa etapa e do estabelecimento de uma lista de problemas, sugere-se que os alunos estudem e experimentem a dinâmica da construção de um Mapa Falante¹³. Atividade que permite, ao futuro sanitário, dispor de recursos para a produção de dados de saúde por meio de técnicas participativas que levam em consideração experiências subjetivas de quem vive e se relaciona no território.

A apresentação, em grande grupo, dos mapas falantes tem o objetivo de compartilhamento das listas de problemas e situações de saúde. A posse de uma lista de problemas tão complexos e diversificados pode causar certa angústia ou desconcerto nos grupos que, frequentemente, passam pela sua primeira crise. A identificação com determinada causa ou a mobilização subjetiva que uma situação de vulnerabilidade encontrada possa provocar, costuma mobilizar o grupo em sua dinâmica

inicial. É comum que o aluno se desmotive nesse momento do processo ou tente persuadir seu grupo para lidar com uma específica situação em detrimento de outras da lista. Nada tão diferente do que pode ocorrer, reservadas as proporções, na dinâmica do trabalho das equipes de saúde reais frente aos problemas da população a serem enfrentados.

É nesse ponto que os conhecimentos teóricos já adquiridos acerca do PES colaboram para a metódica categorização e priorização de problemas a serem enfrentados segundo critérios de exequibilidade, equidade e integralidade.

O PES possui algumas variações em termos de sua utilização. No caso em questão, parte-se de uma primeira categorização das listas de problemas em três tipos de situações: vida, saúde e serviços. As situações de “vida” correspondem aos problemas decorrentes do viver no território – falta de locais para lazer, presença de tráfico de drogas etc.; de “saúde” se referem a condições e agravos mais comuns do local estudado – hipertensão, asma, depressão, entre outras – e, por fim, de *serviços* dizem respeito aos problemas de acesso ou utilização de estabelecimentos de saúde, assistência ou outros, como bancos, transporte etc. Tal categorização permite avaliar o potencial de intervenção do grupo, na medida em que as situações de vida são multifatoriais, as de saúde dependem de conhecimentos e recursos para lidar com os agravos, e as de serviços demandam a presença ou a parceria da gestão.

Os momentos explicativo e normativo do PES são cumpridos por meio de um método de escolha que respeita os critérios de magnitude, transcendência, vulnerabilidade e custo das situações elencadas como problemas. Não há um único modo de proceder com esses critérios. A importância de sua utilização está na organização sistemática e criteriosa para a escolha de prioridades para a intervenção.

Em seguida, utiliza-se a técnica de construção de redes complexas para explicação e determinação dos “nós críticos” do problema priorizado, ou seja, certos determinantes que, ao serem trabalhados, impactam positivamente no sentido da resolução do problema. A rede complexa consiste de uma técnica participativa – que pode reunir alunos e população – em que o grupo procura listar, primeiramente, todos os determinantes possíveis do problema, segundo conhecimentos multidisciplinares. Na sequência, estabelecem categorias agrupando os determinantes e as relacionam. Esse processo estabelece a rede explicativa do problema em questão e permite a visualização dos seus nós críticos.

Nesse ponto, os grupos experimentam os momentos estratégico e tático-operacional do PES. É preciso estudar os nós críticos aprofundadamente e em contexto para proceder ao planejamento da intervenção. É aí que boa parte do conteúdo teórico do semestre se revela, na medida em que os grupos buscam referências e informações na literatura de várias fontes e áreas do conhecimento. Após esse estudo, os grupos planejam a intervenção no território, que devem realizar até o final do semestre.

Conforme a proposta da UPP, os grupos devem situar sua intervenção no recorte da promoção e educação em saúde. Além de criarem as condições necessárias para sua intervenção com a população identificada, durante o processo de planejamento os grupos realizam uma discussão sobre os princípios da promoção e educação em saúde. Esse passo importante do semestre auxilia a retomada de conhecimentos já construídos e a crítica acerca daqueles conceitos no âmbito da SC.

Após os preparativos e agenciamentos, cada grupo marca os dias e horas de sua intervenção, que pode ser acompanhada pelo professor, monitores e, se possível, pelos demais colegas. Segundo princípios da avaliação emancipatória¹⁴, todos os alunos participam, durante o semestre, da construção coletiva da turma e da avaliação dos trabalhos. Além da atribuição do conceito acadêmico, essa avaliação tem por objetivos proporcionar espaço de construção coletiva e reflexões sobre o processo da aprendizagem, sobre conhecimentos adquiridos, e permitir o enriquecimento da experiência de cada grupo com as contribuições dos demais colegas, do professor e de um convidado externo, que auxilia com os comentários e impressões de um olhar terceiro sobre os trabalhos.

A seguir apontam-se alguns resultados obtidos ao longo de dez semestres e realiza-se uma discussão conceitual que procurará problematizar e encaminhar algumas questões que problematizem o aparente distanciamento do egresso da graduação em SC de competências para as práticas no registro da atenção à saúde em serviços da rede.

Resultados e perspectivas

A modificação da estrutura pedagógica no ensino de promoção e educação em saúde no quinto semestre do curso de graduação em SC da UFRGS e a proposta de trabalhar em ato com um território vivo¹¹ lançaram muitos desafios ao professor e aos alunos envolvidos. O curso noturno traz algumas dificuldades que dizem respeito à pouca opção em termos de escolha de cenários de práticas. A solução encontrada foi utilizar espaços urbanos próximos do centro da cidade ou a estação rodoviária, locais que permanecem com seus serviços abertos à noite e circulação ininterrupta de pessoas. Porém, ambos constituem territórios peculiares. Seu perfil se caracteriza por população trabalhadora e flutuante, ao invés de moradora e fixa, como a de bairros residenciais, por exemplo.

Tomar o território em seu contexto amplo, que transcende acidentes geográficos e dados estatísticos, influencia diretamente o trabalho a ser realizado por qualquer equipe de saúde. Dessa mesma forma, os grupos de alunos são afetados pelas peculiaridades dos territórios propostos para sua aprendizagem. Alguns exemplos de problemas escolhidos pelos alunos parecem bem ilustrar o efeito que características de um território – e das territorialidades envolvidas – provocam na escolha e planejamento de prioridades em termos da vigilância em saúde por uma determinada equipe.

No período em que as práticas foram realizadas em uma estação rodoviária, foram enfrentados problemas como: ausência de espaços acessíveis de lazer, descanso ou culturais, para funcionários e usuários; alto consumo de tabaco pelos funcionários; doenças ocupacionais e danos causados à saúde dos trabalhadores pela exposição ao frio; alto risco de acidentes para deficientes físicos no acesso à rodoviária; inadequação do preparo dos alimentos comercializados; problemas ergonômicos nas cadeiras das vendedoras de passagens; risco de atropelamento por circulação indevida de pedestres; atrasos na partida dos ônibus por conta das despedidas em local supostamente inadequado, na visão dos motoristas.

A mudança de território de práticas para um local do centro da cidade trouxe problemas como: desconhecimento sobre o acesso a serviços de saúde por parte dos trabalhadores do comércio; falta de organização trabalhista de funcionários de um hortomercado; baixas capacitação e proteção para o trabalho dos garis; preparo inadequado dos alimentos por parte de vendedores ambulantes de cachorro-quente; descarte irregular de resíduos sólidos do comércio e dos consumidores locais; ; problemas de saúde ocupacional de trabalhadores de lancherias e a presença de animais sinantrópicos nas dependências dos estabelecimentos do Mercado Público central.

Se, por um lado, as preocupações acerca da saúde dos trabalhadores ou qualidade dos serviços prestados possam responder ao perfil e às características dos territórios estudados, a pluralidade de enfoques dos problemas em saúde levantados – que vão de hábitos nocivos até o reforço de organização corporativa – representa bem o entendimento amplo e integral sobre a saúde advindo da lógica da SC. Parece possível admitir, em contraponto, que uma equipe atravessada pelo paradigma biomédico ou cuja preocupação seja a vigilância epidemiológica, nos moldes da Saúde Pública, teria seu olhar restrito às doenças e agravos, como os provocados pelo tabagismo ou pelas zoonoses.

A avaliação de todo o processo tem indicado potencialidades e alguns desafios a serem superados. Em todos os semestres, tem sido especialmente citada, como potencialidade, a oportunidade do sanitarista em formação de realizar um exercício prático no espaço urbano. Se, no início do semestre, a ideia da aproximação com pessoas reais, suas histórias de vida e impressões sobre o local em que vivem causa alguma apreensão, ao final dele, é percebida a importância do contato intensivo com o território e sua população para a aprendizagem de raciocínio, planejamento e intervenção em promoção de saúde.

É comum surgirem preocupações iniciais acerca: da ética em intervir pontualmente com a população, da viabilidade de entrevistar pessoas sem consentimento informado, além de questionamentos ao professor acerca da pertinência da proposta como um todo. Parece que esses supostos entraves ao processo, surgidos logo no início do semestre, sob a perspectiva do aluno, em parte revelam a reflexão sobre a ética do ato do profissional em saúde e questionamentos a respeito dos efeitos de uma abordagem. Por outro lado, revelam, também, alguma resistência do aluno frente à novidade de encarar situações reais em seu processo de aprendizagem no curso. Durante a

primeira metade do semestre, os alunos são instrumentalizados para cada passo de sua construção de conhecimentos e de práticas no território, o que vai proporcionando segurança para suas abordagens no campo e compreensão acerca do processo em que estão envolvidos.

A avaliação do semestre não se resume ao aproveitamento de frequência, de conteúdo ou qualidade da intervenção, mas também é realizada a “avaliação de processo”, na qual o interesse é detectar se há entendimento, por parte do aluno, a respeito da proposta pedagógica de que é sujeito, e mostrar o seu esclarecimento sobre o processo complexo no qual se envolveu.

Por demandar muitos tipos de conhecimentos e habilidades, é um desafio pedagógico trabalhar a compreensão, por parte do aluno, acerca do processo em que está envolvido. Para tanto é lembrada, aos alunos, sua responsabilidade com seu grupo de trabalho; recomendado não faltar aos encontros, assim como é resgatado continuamente, em sala de aula, o caminho construído em cada fase do processo.

Desenvolver a atividade à noite é uma dificuldade, já referida, assinalada durante as avaliações. No entanto, além das questões de segurança ou de haver poucas opções de espaços urbanos adequados, outra dificuldade está no tempo exíguo para o desenvolvimento da atividade. O decurso de um semestre pode ser pouco, dada a complexidade do processo. O semestre precisa ser conduzido com cuidado para que os grupos não percam muito tempo no planejamento das ações e acabe faltando para efetivá-las. É preciso esclarecer, ao aluno, que a atividade, embora lide com situações da realidade, tem a dimensão de um ensaio. Não é esperado que a intervenção tenha impacto suficiente para resolver completamente o problema escolhido. Os alunos costumam elevar demasiadamente sua expectativa inicial, o que promove um conflito entre aquilo que é desejado e o que é possível efetivar. Embora haja esses limites, nas avaliações finais, os alunos conseguem visualizar avanços e efeitos positivos de suas ações.

O processo de trabalho que envolve a lógica da vigilância em saúde, do planejamento estratégico situacional e da promoção/educação, realizado por um profissional em formação cuja característica é a visão crítica da saúde e seus determinantes sociais, não deixa de ser rigoroso, metódico e relevante para a melhoria dos indicadores de saúde de uma população. O impacto em termos de incremento na qualidade de vida local se justifica pela consideração do conceito amplo de saúde, o que permite, ao sanitário, estar atento a uma gama maior de eventos e determinantes de saúde da população em seu território geográfico, social, cultural e subjetivo.

Entre tantos aspectos envolvidos nessa proposta de aprendizagem na linha de promoção e educação em saúde para sanitários, ressalta-se, como elemento crítico, a suposição da primazia do território no trabalho em saúde. Embora possa parecer corriqueira, como por exemplo nas práticas da Estratégia da Saúde da Família, a consideração do fator “território” frequentemente se resume ao estudo do perfil epidemiológico – doenças e possibilidades de agravos mais frequentes – para o estabelecimento de programas de saúde. Assumir o conceito amplo de território como elemento fundamental para o planejamento de ações em SC parece constituir um processo pedagógico de muito potencial na formação do sanitário para atuar junto a populações e equipes.

Destacam-se, ainda, discussões e problematizações preliminares sobre três aspectos importantes da experiência de formação: o processo pedagógico, a aprendizagem no campo de práticas e, por fim, um questionamento elementar sobre a possibilidade de pensá-la como estruturante de uma prática clínica em SC.

Discussão acerca da proposta pedagógica

Mudanças costumam partir de necessidades e requisitar algumas inovações. No contexto da formação acadêmica, a necessidade sempre é a tentativa de rompimento das supostas barreiras entre as realidades universitária e do mundo do trabalho. A reformulação da UPP de Promoção e Educação em Saúde V parece ter trazido uma inovação: a utilização da própria lógica da vigilância em saúde como estruturante de proposta pedagógica e estratégia de ensino.

A vigilância em saúde está fundamentada em diferentes disciplinas, da Epidemiologia às Ciências Sociais. Pode também comportar diferentes noções no campo da Saúde. Ao sabor da reforma sanitária,

a vigilância em saúde surge como proposta de reorganização dos processos de trabalhos no sentido do cuidado longitudinal, vigilante e integral em saúde. Neste caso, entende-se a vigilância em saúde como uma proposta de ação coordenada, cujas operações são direcionadas a territórios delimitados para enfrentar problemas da realidade que envolvem risco e vulnerabilidade, acompanhamento integral e articulação entre ações de promoção, educação, prevenção e cura¹⁵.

Associada ao trinômio informação, decisão e ação, a lógica da vigilância auxilia a compor os passos estruturantes da proposta de aprendizagem para sanitарistas. A primeira contribuição é trazer, como ponto de partida, o território em seu entendimento amplo. Há muita diferença em compreendê-lo como delimitação puramente geopolítica no espaço e considerar, por outro lado, os modos de vida, de relações subjetivas e culturais ali presentes, para o acompanhamento e cuidado em saúde de uma população.

Com esses recursos conceituais, foi montada a proposta de ensino e aprendizagem de promoção e educação em saúde, de modo que a teoria e a prática, o pensar e o agir, a abstração e a realização possam estar presentes na experiência acadêmica da SC.

O outro aspecto foi a utilização de elementos da pedagogia da problematização. A primazia do território, tanto na atividade acadêmica como no contexto do trabalho em saúde, proporciona uma série de situações reais que sugerem a utilização do raciocínio lógico, de um método de planejamento e de técnicas que servem como objetos de aprendizagem em ato para a sua solução. Como modo de operar pedagogicamente com a problematização, utilizam-se elementos da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Este método propõe que a aprendizagem se construa a partir da definição de um problema, do seu estudo aprofundado que admite a complexidade da situação e da resolução do problema utilizando os meios conceituais e práticos à disposição¹⁰. No caso da ABP, a aprendizagem se dá em um processo organizado pela autonomia do estudo individual e coletivo por parte de alunos organizados em pequenos grupos e pelos facilitadores, cuja incumbência é acompanhar o processo de aprendizagem do grupo atuando sem, necessariamente, transmitir um conhecimento predeterminado, mas auxiliar sua construção⁹.

Se a proposta pedagógica está sustentada na problematização e construção do conhecimento – e estruturada pelo próprio processo de trabalho de equipes que atuem sob a lógica da vigilância em saúde –, o modo de avaliar o resultado da aprendizagem dos alunos deve ser coerente com isso. Optou-se pela utilização de um modo participativo de avaliação que implicasse o aluno na tarefa de refletir sobre os efeitos e resultados da sua aprendizagem e do seu grupo^{16,17}. Rodas de conversa¹⁸ de caráter avaliativo têm revelado aspectos importantes para a aprendizagem de promoção e educação em saúde dos futuros sanitарistas. Após terem discutido, em semestres anteriores, os conceitos básicos da promoção em saúde segundo as noções da SC, a posição do sanitарista frente a populações em situação de vulnerabilidade e movimentos sociais; terem estudado as grandes conferências mundiais de promoção¹⁹ e se aproximado da educação popular em saúde; ter a oportunidade de colocar esses e outros conhecimentos à prova em situação de realidade é uma expectativa importante do graduando na reta final do curso.

Além do jogo entre o desejo pela prática e as resistências em encarar o território vivo e sujeitos de carne e osso, é clara a satisfação daquele aluno no momento em que sente ter dominado, em alguma escala, o processo que lhe permitirá constituir um saber para o trabalho com equipes e populações.

Existem outras ênfases possíveis para o trabalho do sanitарista do que o campo da gestão, da formação e educação em saúde ou do controle social, assim como seus derivados: análise de políticas e planejamento em saúde, epidemiologia, crítica social e militância pelos avanços da reforma sanitária e pelo SUS, no caso brasileiro. No entanto, a linha de frente da atenção em saúde não lhe costuma ser um campo de trabalho corriqueiro.

Parece possível atribuir essa excentricidade da expectativa do fazer do sanitарista em relação à atenção a fatores como: o posicionamento crítico a respeito das práticas tradicionais do registro da atenção à saúde, a formação cuja ênfase está na gestão, na análise de políticas e na epidemiologia, além da ausência de algo da ordem de uma clínica específica da SC. Articulada a esses fatores está a posição do mercado de trabalho ou da previsão de vagas em equipes do setor público e privado, que também não contemplam o sanitарista em linhas de frente da rede de atenção à saúde. O mais

próximo está na Portaria 256 do Ministério da Saúde²⁰, que prevê a possibilidade de participação do sanitarista nas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), sob a lógica do matriciamento ou do apoio institucional.

A experiência relatada e discutida até aqui sugere a formulação de alguns questionamentos acerca da formação do sanitarista contemporâneo. Em que medida deve ele se manter relativamente afastado do fazer da atenção em saúde e na linha de frente dessa rede? Seria essa a posição que garantiria um lugar de onde seja possível o posicionamento analítico e crítico do sanitarista acerca da saúde, segundo os princípios da Reforma Sanitária? Auxiliaria a manter suposta pureza ética o distanciamento de onde ocorre a efetivação das políticas, técnicas e resultado de pesquisas, que, paradoxal e frequentemente, produzem práticas medicalizantes? E, por fim, em que medida negar a clínica é essencial para resistir a práticas especializada e reducionista ao biológico, individualizantes da experiência coletiva com o adoecimento, mercantilistas do setor saúde e terapêuticas no sentido da normalização de corpos e subjetividades?

Essas questões poderiam dar lugar a outras tantas acerca da problematização do perfil gestor e epidemiologista que os cursos de graduação em SC têm geralmente enfatizado para o sanitarista. A contribuição está, especialmente, no que diz respeito àquele aspecto que mais se aproxima do caráter da *práxis*, que o processo pedagógico analisado sugere: a peculiaridade acerca da atenção à saúde quando procedida pelo profissional atravessado pela lógica da SC. No entanto, parecem necessários mais estudos e debates acerca das diretrizes curriculares e das práticas de formação em SC, seja na graduação ou nos programas de pós-graduação. Este trabalho procura estimular essa conversa.

Referências

1. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ Saude*. 2008; 6(3):443-56.
2. Campos GWS. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Cienc Saude Colet*. 1999; 4(2):393-403.
3. Amarante P, Torre EHG. Medicalização e determinação social dos transtornos mentais: a questão da indústria de medicamentos na produção de saber e políticas. In: Nogueira RP, organizador. *Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p. 151-60.
4. Luz MT. Racionalidades médicas e bioética. In: Palacios MA, Pegoraro AO, organizadores. *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética*. Rio de Janeiro: Vozes; 2002. p. 76-85.
5. Escóssia L, Kastrup V. O conceito de coletivo como superação da dicotomia indivíduo/sociedade. *Psicol Estud*. 2005; 10(2):295-304.
6. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia*. Trad. Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. Rio de Janeiro: Editora 34; 1995. v. 2.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
8. Luz MT, Barros FB. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ/ABRASCO; 2012.
9. Cantillon P. ABC of learning and teaching in medicine: teaching large groups. *Br Med J*. 2003; 326:437-39.
10. Berbel NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Interface (Botucatu)*. 1998; 2(2):139-54.
11. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

12. Acúrcio FA, Santos MA, Ferreira SMG. Aplicação da técnica da estimativa rápida no processo de planejamento local. In: Mendes EV, organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998. p. 87-110.
13. Santos AA, Pekelman R. A escola, o território e o lugar: a promoção de espaços de saúde. OKARA: Geogr Debate. 2008; 2(1):3-11.
14. Hoffmann JML. Avaliação: mito e desafio – uma perspectiva construtivista. 41a ed. Porto Alegre: Mediação; 2011.
15. Paim JS, Almeida Filho N. A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva. Salvador: Casa da Qualidade; 2000.
16. Saul AM. Avaliação emancipatória: desafio à teoria e à prática de avaliação reformulação de currículo. São Paulo: Cortez/Autores Associados; 1988.
17. Barros MEB. Avaliação e formação em saúde: como romper com uma imagem dogmática do pensamento? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO; 2006. p. 261-88.
18. Campos GWS. Um método para análise e cogestão de coletivos. São Paulo: Hucitec; 2000.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
20. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 256, de 11 de março de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Como egresso do curso de Saúde Coletiva, o sanitarista desenvolve competências para atuar no planejamento, na avaliação e na gestão em saúde. No entanto, sua formação acadêmica tem se distanciado de práticas formativas que o aproximariam das singularidades de indivíduos, das famílias e das comunidades, ou seja, do território vivo. Desenvolvida com alunos do 3º ano da graduação de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), uma proposta pedagógica que tenta reaproximar o aluno do território de práticas é o tema deste artigo, cuja ênfase recai em seu método de ensino e seus resultados ao longo de seis semestres de experiência. A discussão acerca das propostas de intervenção dos alunos com promoção e educação em saúde nos territórios levou à problematização do papel dos sanitaristas como agentes de cuidado integral e, especialmente, sobre suas possibilidades de práticas na atenção à saúde.

Palavras-chave: Promoção. Educação em saúde. Território. Sanitarista. Formação.

The teaching of health promotion and education for public health physicians

Upon graduation in the public health physician have developed skills in planning, evaluation and management in the health sector. However, academic education has become distant from formative practices which bring the health professional closer to individuals and their particularities, as well as to families and communities, in other words to lived experience. The central theme of this paper focuses on a pedagogical proposal that seeks to bring medical students closer to the field of practices, and involved students from the third year of the graduate course in Collective Health and at the Rio Grande do Sul Federal University (UFRGS). The paper places an emphasis on teaching methods and their results over a period of six semesters. The discussion about the students' proposals for interventions in health promotion and education in different territories leads to a reflection on the problematization of the role of public health physicians as agents of integrated care and, above all, the possibilities for different practices in healthcare.

Keywords: Promotion. Health education. Territory. Public health physician. Education.

La enseñanza de promoción y educación en salud para sanitaristas

Como egresado del curso de Salud Colectiva, el sanitarista desarrolla competencias para actuar en la planificación, en la evaluación y en la gestión en salud. Sin embargo, su formación académica se ha distanciado de prácticas formativas que lo aproximarían de las singularidades de los individuos, de las familias y de las comunidades, es decir, del territorio vivo. Desarrollada con alumnos del 3er. año de la graduación de Salud Colectiva de la UFRGS, una propuesta pedagógica que trata de reaproximar al alumno del territorio de prácticas es el tema de este artículo, cuyo énfasis recae en su método de enseñanza y sus resultados en el transcurso de seis semestres de experiencia. La discusión sobre las propuestas de intervención de los alumnos con promoción y educación en salud en los territorios llevó a la problematización del papel de los sanitaristas como agentes de cuidado integral y, especialmente, sobre sus posibilidades de prácticas en la atención a la salud.

Palabras clave: Promoción. Educación en salud. Territorio. Sanitarista. Formación.

Submetido em 18/01/17. Aprovado em 04/05/17.

Uma experiência do uso de narrativas na formação de estudantes de Medicina

Lenita Barreto Lorena Claro^(a)
Anna Alice Amorim Mendes^(b)

Introdução

O envelhecimento populacional e o aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas trouxeram desafios para a prática médica, que precisou reavaliar suas metas curativas para ceder lugar ao objetivo de cuidar, a longo prazo, de pessoas portadoras de problemas de saúde. Os cursos de Medicina têm sido reformulados, com o objetivo de incorporar novas competências à formação médica, utilizando abordagens como a narrativa. Os seres humanos, ao adquirirem a capacidade de comunicação por meio da linguagem, logo tornaram-se contadores de histórias. As histórias mantêm vivas as memórias, atribuem significado às ocorrências da vida e permitem que fatos indesejáveis e caóticos possam ser organizados e adquirir coerência e sentido^{1,2}.

A prática médica requer competências narrativas, que envolvem a habilidade de ouvir a narrativa da pessoa enferma, apreender e interpretar seus significados e ser movido a cuidar dessa pessoa^{1,3,4}. Essas competências tornam o médico mais apto a praticar a medicina de uma forma reflexiva e empática⁵. Sua aquisição envolve um tipo de aprendizado transformativo, que transcende o nível cognitivo, para atuar também nos níveis afetivo e experiencial, ampliando a percepção e a compreensão do estudante⁶.

A medicina narrativa é uma abordagem que vem sendo construída desde o início do século atual, com a colaboração de diversos autores e que se fundamenta em ouvir os pacientes com atenção e empatia e utilizar suas histórias como ferramentas para seu cuidado^{7,8}. Considera a saúde e a doença como processos que são essencialmente experienciais em sua natureza, e, por isso, é indispensável ouvir o que é expresso e narrado por aquele que vivencia esses processos⁹. Essa compreensão facilita que uma abordagem holística e mais adequada às necessidades do paciente seja utilizada nas decisões diagnósticas e terapêuticas¹⁰.

Diversas escolas médicas em todo o mundo têm incorporado, em anos recentes, o exercício das narrativas, tendo em vista formar profissionais mais aptos para valorizar a perspectiva dos pacientes na compreensão do processo de adoecimento e nas formas de atenção e cuidado dispensadas^{3,6,8,11-16}.

O objetivo deste trabalho é descrever uma experiência de utilização da abordagem narrativa no curso de Medicina da Universidade Federal Fluminense.

^(a, b) Departamento de Saúde e Sociedade, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal Fluminense. Hospital Universitário Antônio Pedro, Rua Marquês de Paraná, 303, Prédio Anexo, 3º andar, Centro. Niterói, RJ, Brasil. 24030-215. lenitalorena@yahoo.com.br; annamendes1954@hotmail.com

Trata-se de uma disciplina que, desde 2012, utiliza a abordagem com estudantes do quinto período do curso.

Uma experiência didática

Entre as disciplinas obrigatórias do currículo médico está Saúde e Sociedade IV, ministrada pelo Departamento de Saúde e Sociedade. Cerca de oitenta estudantes do quinto semestre são introduzidos à Semiologia Médica e iniciam uma fase do curso em que as aulas, teóricas e práticas, concentram-se no hospital universitário, propiciando um contato próximo com os pacientes atendidos no hospital. A proposta de apresentar-lhes a abordagem narrativa, nesse momento, tem a finalidade de alargar seus horizontes e recursos em relação à comunicação com os pacientes e à interpretação de suas falas e expressões, tornando-os capazes de utilizar essa abordagem de forma complementar à anamnese tradicional, com vistas a um cuidado mais ampliado e eficiente.

A disciplina é ministrada, para cada turma de quarenta alunos, em dez encontros com duração de quatro horas, das quais duas são dedicadas à construção de narrativas. Os alunos visitam as enfermarias do hospital, onde, individualmente, entrevistam um paciente, de acordo com um roteiro discutido previamente em sala. Os temas que direcionam as entrevistas são os seguintes: aspectos gerais da história de vida; o processo de adoecimento e suas causas; o itinerário terapêutico e a relação com profissionais de saúde; a experiência da hospitalização; e o impacto da doença na vida pessoal, sua evolução e prognóstico. Os alunos são orientados para que a abordagem da entrevista por temas seja feita de forma flexível, priorizando as preferências e necessidades de expressão dos pacientes.

Após as entrevistas, os alunos retornam à sala de aula, onde registram, em seus cadernos, as narrativas sobre o encontro. São orientados a anotar o relato do paciente, sempre que possível, com as palavras deste e na primeira pessoa e, em seguida, registrar suas interpretações e impressões sobre o entrevistado, além dos sentimentos e efeitos da entrevista sobre eles próprios.

Em seguida, solicita-se aos alunos que compartilhem a experiência daquele dia, o que resulta em debates entre eles e as professoras. Nesses momentos, as dificuldades e desafios mais impactantes ou frequentes são debatidos, assim como as possíveis formas de se lidar com estes, o que resulta em estreitamento dos vínculos de solidariedade entre os estudantes.

Com a finalidade de compreender melhor essa experiência, foram analisados os temas que se destacaram, por sua presença mais frequente, nas narrativas produzidas pelos estudantes durante esses quatro anos (2012-2015).

Resultados e discussão

Os temas que se destacaram são apresentados e discutidos nos itens a seguir.

Admiração pelos pacientes por sua postura diante da doença e generosidade

Diversos relatos de estudantes demonstram que a conversa com os pacientes redundou em admiração e aprendizado para suas vidas, com exemplos de serenidade, coragem e fé diante das dificuldades trazidas pelo adoecimento e hospitalização e postura positiva diante da vida. Destacamos, como exemplos, algumas narrativas:

Eu me senti muito emocionada com a história do senhor R. Sua vontade de viver, o brilho no olhar e a alegria, mesmo internado, são contagiantes. O modo como fala de sua família e de seu trabalho nos inspiram a fazer o que realmente amamos e a forma como ele utilizou a perda do seu pai para se tornar alguém melhor é uma lição de como lidar com as dificuldades que aparecem na nossa vida.

A generosidade de vários pacientes em relação aos estudantes, compreensão de suas necessidades de aprendizado e solidariedade com suas demandas também despertaram sentimentos de admiração e respeito:

Ela apresentava quadro de metástases de um câncer em fase terminal e sabia que não lhe restava muito tempo de vida. No entanto se mostrou disposta a nos ajudar, dizendo que poderíamos ficar ali à vontade, o tempo que fosse necessário, pois ficava muito feliz em ajudar no nosso aprendizado. A atitude dessa mulher me fez refletir sobre toda a situação que ela estava passando, como sabia lidar com a doença e utilizar isso para nos ajudar a aprender.

Outros autores encontraram, nas narrativas de estudantes, sentimentos semelhantes de admiração e aprendizado com os exemplos de coragem, altruísmo e capacidade de doação dos pacientes, que fazia aumentar nos estudantes o sentido de responsabilidade e vontade de colaborar com eles¹⁷.

Insegurança e inibição para abordar os pacientes e temor de incomodá-los

Outro desafio muito frequente foi a inibição para abordar os pacientes, em função do receio de trazer mais incômodo àqueles que já sofrem com a doença e a hospitalização:

Ainda estou sentindo insegurança para abordar os pacientes, passei por três andares até chegar ao sétimo, onde realizei a entrevista. Havia muitos pacientes dormindo ou com acompanhantes. Finalmente, ao passar pela enfermaria feminina, procurando um paciente que me olhasse com aquele olhar receptivo, encontrei T. Ela foi muito simpática e solícita e respondeu de forma sorridente às perguntas. Quem sabe na próxima entrevista consiga abordar um paciente sem o olhar da T.? Será um desafio!

Medeiros e colaboradores, em estudo semelhante, observaram, nos estudantes, sentimentos de culpa e de estarem sendo invasivos por abordarem os pacientes para obtenção de informações, para o exame físico, em suma, para seu aprendizado pessoal, oferecendo nada ou muito pouco em troca³.

Desenvolvimento das habilidades de comunicação

Em nossa experiência, constatamos que a inibição e o temor de estarem incomodando tendiam a diminuir com a prática das entrevistas e a se desenvolver uma maior facilidade para a abordagem e comunicação com os pacientes:

Foi a melhor experiência que tive desde o início do curso. Saí da enfermaria me sentindo sem um peso nas costas que me incomodava: medo de não conseguir lidar bem com o paciente. Sinto que consigo conversar com qualquer paciente, independente da sua história. Isso eu não aprenderia em livro algum.

Meu primeiro espanto foi que ele fez questão que conversássemos e aquela mesma pessoa com um semblante de tristeza se mostrou feliz e animada em poder conversar. Fiquei em um misto de surpresa e felicidade pelo ocorrido. Após o assunto sobre a doença do paciente, a conversa se deu tão fluida, tão saudável e gostosa de se ter... foi um dos melhores contatos com pacientes que eu já tive. Aprendi muito e, em tão pouco tempo, criei uma ligação forte que eu nem mesmo achava possível ser construída dessa forma.

Uma das queixas mais presentes no discurso dos pacientes era não compreender seu problema de saúde, a linguagem dos profissionais e o que estava sendo programado para a condução de seus casos,

o que gerava ansiedade, insegurança e angústia. Nesse aspecto, os estudantes perceberam que podem contribuir muito para o bem-estar dos pacientes, ao explicar-lhes com linguagem simples e acessível o que liam nos prontuários:

Ficou claro para mim que o senhor F. não entendia, de fato, o que estava acontecendo em seu organismo. Senti que podia ajudá-lo. Utilizando palavras de fácil compreensão, expliquei para ele sobre seu coração descompensado, sobre o esforço físico, a hipertensão, a diabetes, sobre os rins e a diálise. Percebi que ele ficou satisfeito. Isso me deixou feliz, me senti útil. Fui embora com a sensação do dever cumprido.

A continuidade do exercício das entrevistas levou, para a maior parte dos estudantes, ao desenvolvimento de uma postura mais aberta, solidária e realmente interessada no outro, o que facilitou com que os pacientes se sentissem à vontade para conversar e uma confiança mútua pudesse surgir:

Notei que nossa maior aproximação aconteceu quando comecei a contar minhas experiências e mostrar meu interior. Às vezes queremos que o outro se abra para a gente, mas colocamos uma barreira em frente ao nosso coração. A confiança depende de nos abirmos para o outro. O senhor A. C. ficou mais feliz depois de termos conversado. Às vezes só precisamos ouvir e sorrir. A alma também adoce.

Hoje, por ser o último dia das entrevistas, tive a certeza de que, mesmo quando elas acabarem, vou continuar indo nas enfermarias para conversar com os pacientes e não somente para buscar doenças. Hoje fui conversar com a paciente L., que estava internada há mais de um mês. Quando demonstrei que não queria saber da doença e sim dela, ela se surpreendeu e disse: "Ah, mas que beleza, eu gosto tanto de falar, mas os alunos e professores só querem saber de apertar a gente".

Com o desenvolvimento dessa postura e forma de aproximação, os estudantes constatavam que os pacientes, como qualquer pessoa que passa por uma situação difícil, sentiam-se aliviados e satisfeitos por terem a oportunidade de dividir seus problemas com um ouvinte atento e interessado:

Então E. se abriu e deixou sua subjetividade fluir, contou-me sobre seu medo da cirurgia, seu choro e angústia com a notícia, suas crises de hipertensão causadas pela ansiedade pré-cirúrgica, que levaram a que a cirurgia fosse desmarcada várias vezes. Sendo assim, me senti próximo dele e tentei o acolher naquele momento. Foram minutos importantes que certamente me ajudarão no futuro a ser um profissional mais humano. Muitas vezes ouvir é tão importante quanto medicar.

O desenvolvimento de relações empáticas entre profissionais e pacientes é um dos resultados almejados das propostas de humanização da formação e aspecto central das abordagens de medicina centradas no paciente. A empatia pode ser definida como a capacidade de compreender e ser sensível aos sentimentos, ideias e experiências do outro, envolvendo aspectos cognitivos e afetivos. Promover a aquisição desta qualidade envolve a transformação de perspectivas, a autorreflexão e a internalização de valores humanísticos⁶. Vale lembrar também que a empatia e a habilidade comunicacional interferem nos resultados da ação médica, pois aumentam a satisfação, a confiança e a adesão dos pacientes³.

Dificuldade em lidar com o sofrimento e com a expressão de emoções

O contato com pacientes que estavam sofrendo e a sensação de impotência para ajudá-los foi, em muitos momentos, um desafio para os estudantes. Outro desafio foi lidar com a expressão de emoções

de tristeza, desalento e desesperança da parte dos pacientes entrevistados. A dificuldade em escolher ficar em silêncio ou falar alguma coisa e em escolher as palavras para serem ditas nesses momentos trouxe à tona aspectos da formação médica que são muito pouco abordados.

Dentre as várias perguntas, a que mais me deixou sem ação foi quando ele chorou ao falar que o médico havia dito que ele não andaria mais. Fiquei desconfortável com a situação e tentei mudar o foco da conversa. Depois descobri que, às vezes, é bom deixar o paciente expressar suas emoções naquele momento e esperar.

Como alguns autores ressaltam, a comunicação empática entre estudante/profissional e paciente está embasada na habilidade de ajudá-lo a construir sua narrativa, com interesse genuíno em compreendê-lo¹³. Um aprendizado necessário na formação de um médico é identificar os sentimentos dos pacientes e responder efetivamente às suas manifestações emotivas, sem reprimi-las ou julgá-las, mas buscando ajudá-los a lidar com elas. Emoções de natureza diversa estão frequentemente envolvidas em situações difíceis como o adoecimento e seus desdobramentos. Reconhecer que essas emoções fazem parte do processo e têm um impacto importante na saúde e no bem-estar é o primeiro passo para se tentar lidar com elas da melhor forma possível^{9,18}.

Porém, aprender a identificar e lidar com as emoções do outro passa, primeiramente, por reconhecer e lidar com suas próprias emoções e sentimentos, habilidade que, com frequência, é ignorada na formação médica¹⁸. Ainda é frequente que estudantes relatem que têm aprendido, por meio do chamado currículo oculto, que as emoções devem ser abafadas e negadas no relacionamento com os pacientes e seus familiares, pois podem prejudicar o discernimento e a autoridade necessários para a prática médica^{9,19}.

O distanciamento emocional e afetivo entre médicos e pacientes é a consequência mais direta desse posicionamento, trazendo dificuldades para essa relação e para o próprio equilíbrio emocional dos estudantes e profissionais. Negar as emoções não significa, de modo algum, superá-las; embora camufladas, elas continuarão atuando no campo psíquico, podendo gerar desconforto, ansiedade, insegurança e outras consequências mais graves, como estresse e depressão, infelizmente comuns entre médicos e estudantes de medicina^{3,18}.

O exercício de buscar identificar seus próprios sentimentos no momento da conversa com o paciente e registrá-lo, como parte da narrativa a ser construída, na nossa experiência, tinha a finalidade de ajudar os estudantes a se tornarem mais conscientes de seu próprio campo emocional e compreenderem a relevância disso. Grande parte mostrou dificuldade inicial em identificar e narrar seus próprios sentimentos e poucos se encorajavam a compartilhá-los, no fim do processo, com a turma, mas essa dificuldade tendeu a diminuir com o exercício e o incentivo das professoras.

Quando iniciei a entrevista, eu não estava me sentindo muito bem. Tenho me sentido muito ansiosa com as provas e também com outras mudanças que têm ocorrido em minha vida. Falar com A. C. foi um momento muito agradável para mim. Tentar me colocar em seu lugar foi difícil, pois nem imagino se conseguiria passar por uma situação assim. Fez-me pensar sobre a minha própria vida, meus valores e prioridades.

Segundo alguns autores, a capacidade de reflexão pode ser aprendida e desenvolvida por meio do exercício, especialmente o exercício de escrever a respeito de experiências, ideias e sentimentos. Posteriormente, compartilha-se e discute-se com outros sobre o que foi escrito e suas interpretações, consistindo na chamada escrita reflexiva^{7,20}. A reflexão influencia o desenvolvimento da empatia e é por esta influenciada. Médicos e estudantes que refletem sobre seus próprios sentimentos e suas vidas tornam-se mais disponíveis e capazes de ajudar os pacientes¹³.

Outro grande desafio, que encontramos expresso nas narrativas dos estudantes, foi ouvir ou ser solicitado a conversar a respeito de diagnósticos difíceis, com mau prognóstico. Essa dificuldade foi apontada igualmente em outros estudos^{14,17}.

Eu fiquei ouvindo, esperando ele falar mais alguma coisa. Aí, meio sem saber o que fazer ainda, falei para ele se acalmar, que era necessário fazer essa biópsia e que os médicos queriam fazer o melhor para ele. Quase chorei junto com ele. Imaginei como seria se eu estivesse no seu lugar, sem entender muito bem o que estava acontecendo comigo. Após a nossa conversa, consegui acalmá-lo e ele me agradeceu e pediu que eu voltasse mais vezes lá.

Compreensão dos problemas, experiências e pontos de vista dos pacientes

A relação de confiança estabelecida com os alunos permitia que muitos pacientes compartilhassem com eles suas histórias de vida difíceis e problemas sociais graves, que se somavam aos problemas de saúde, desencadeando reações de preocupação e solidariedade da parte dos estudantes:

Foi uma entrevista difícil, pois a vida da paciente foi marcada por muito sofrimento. Seus relatos sobre o estado da casa em que mora são horríveis e sua família está em situação de vulnerabilidade social. A maioria dos filhos e dos netos está ligada às drogas e ao crime, sem nunca terem recebido qualquer tipo de apoio para sair dessas condições. É muito difícil ouvir um paciente falar sobre essas dificuldades e se sentir impotente. Enquanto ela falava sobre suas inúmeras necessidades de saúde, eu ia pensando nas falhas do sistema e no que poderia ter sido feito anteriormente para aliviar o sofrimento desta senhora.

Compreender a experiência da hospitalização por meio do olhar dos pacientes que a vivenciam foi outra importante contribuição que as entrevistas trouxeram para os estudantes. A dificuldade em estar em um ambiente estranho, algumas vezes hostil, longe dos familiares; e, por outro lado, o apoio mútuo que os pacientes das enfermarias se proporcionam, estavam muito presentes nas narrativas, assim como o apoio aos pacientes por profissionais e estudantes, o que trouxe aos alunos a confirmação de que podem ser úteis, mesmo nessa fase precoce da sua formação.

Outros autores mostraram que o retorno positivo e gratidão dos pacientes em relação aos tipos de ajuda que os estudantes são capazes de prestar, mesmo em uma fase inicial do curso, como ouvi-los com atenção e fornecer-lhes explicações em linguagem acessível, encorajam e tornam os estudantes mais confiantes e confortáveis no ambiente hospitalar¹⁷.

Outra lição fundamental foi ouvir, no relato dos pacientes, o que representa para eles um bom médico, um bom profissional de saúde. Ser atencioso e aliar o conhecimento técnico à capacidade de comunicar-se, compreender aquele que está doente além dos aspectos orgânicos da doença, eram qualidades de um “bom médico” que reforçaram, para os estudantes, aprendizados que eles já tiveram sobre atenção integral e humanização:

Assim, o senhor C. afirmou que “um bom médico é aquele que é atencioso e que tem, além do conhecimento técnico, a preocupação com a nossa vida fora da doença”, isto é, o médico, para ter um bom atendimento e ser um bom médico, deve olhar o paciente em todos os seus aspectos – biológico, familiar e social.

O senhor J. me elogiou pela atenção e cuidado ao iniciar e durante a nossa conversa. Isso me deixou muito satisfeito. Ganhei meu dia ali! Sobre o que considerava ser um bom médico, disse que é aquele que ouve, dá atenção, se preocupa com o paciente, não só com a sua doença. Ao ouvir essas palavras, me lembrei de toda a abordagem teórica sobre cuidado integral e abrangência biopsicossocial. O senhor J. me fez entender a importância de toda aquela teoria. Ali estava um paciente me dando aula prática sobre saúde e sociedade.

Um aspecto relevante da educação médica é a construção da identidade profissional. A identidade social, um aspecto fundamental da vida em sociedade, é caracterizada essencialmente pela forma como

nós próprios nos vemos, conjugada com a forma como os outros nos veem. Os médicos em formação gradualmente vão desenvolvendo seu pertencimento a essa classe profissional e sua identidade profissional. A abordagem narrativa propicia situações pedagógicas nas quais o estudante tem a oportunidade de refletir, junto com colegas, sobre sua identidade profissional emergente e sobre sua identidade pessoal, o que gera autoconhecimento e amadurecimento^{3,14}.

Enquanto entrevistava R., sentia que estava evoluindo, como acadêmico e como gente, ser humano. Estava mais atento. Mais experiente. Coisas que ela me falou me marcarão para sempre. Com certeza. O médico como um profissional distante, intocável, ainda existe e é como muitos pacientes enxergam. As considerações dela com certeza me ajudaram a incutir em mim a vontade de não ser assim, frio, técnico, mecânico demais. São coisas que a gente vai aprendendo ao ouvir os pacientes.

Estabelecimento de vínculos com os pacientes

A oportunidade de aproximar-se dos pacientes, ouvi-los com atenção e demonstrar sincero interesse por eles e por seus problemas resultou no estabelecimento de vínculos afetivos e relações de amizade e cumplicidade entre estudantes e pacientes, que foram enriquecedoras para ambos, contribuindo para minimizar as dificuldades, de um lado, do adoecimento e hospitalização e, do outro, das pressões exercidas pelo curso médico:

Foi uma conversa interessante e descontraída, conversamos sobre futebol, Copa do Mundo, seleção brasileira. Consegui arrancar alguns sorrisos de M. T. W., o que me deixou muito feliz. Creio que em vinte minutos de conversa pude fazê-lo esquecer, pelo menos um pouco, sua doença. Tive uma impressão muito boa sobre a conversa. Eu nunca tinha tido uma relação assim com um paciente. Parecia que não estávamos num hospital, mas sim num bar, como bons amigos. Pretendo levar essa boa relação para os próximos pacientes.

Fiquei comovida pelo sofrimento que ele parece estar passando. Queria poder fazer algo para ajudá-lo, mas no momento o que eu podia fazer era conversar com ele. E ao nos despedirmos, falei que torcia muito pela sua recuperação e que iria rezar pela sua saúde. Pela primeira vez, durante nossa conversa, ele levantou a cabeça e olhou nos meus olhos. Até então, ele estava com a cabeça baixa e eu fiquei com medo de estar atrapalhando. Nessa hora percebi o quanto ele gostou daquela breve conversa, pela maneira com que ele olhou nos meus olhos. Muitas vezes o que a pessoa mais precisa é ouvir alguém ou ter alguém que possa escutá-la. Realmente o contato humano é insubstituível. Voltei na semana seguinte para saber como S. R. estava. Comecei perguntando se ele lembrava de mim, ele disse: “Lógico que lembro, estava triste semana passada e você veio bater um papo comigo, como iria esquecer? Achei sensacional, cada vez mais percebo que posso estar ajudando ao invés de atrapalhando quando vou abordar os pacientes na enfermaria.”

A fase em que o estudante passa para o chamado “ciclo profissional” ou a etapa do curso médico em que as aulas se dão no ambiente hospitalar e são voltadas para a clínica, representa um verdadeiro rito de passagem, como alguns autores têm apontado. Nesse momento, surgem, com frequência, conflitos emocionais, angústias, insegurança e dificuldades de adaptação ao novo contexto, em que as narrativas podem representar um espaço de expressão e elaboração desses conflitos, com importante valor pedagógico^{3,8}.

Estudos publicados sobre experiências semelhantes têm mostrado que estar com pacientes, conversar com eles e ouvir suas histórias ajudam os estudantes a manter-se em equilíbrio frente às exigências curriculares e é, para eles, fonte de aprendizado tão valiosa quanto os livros acadêmicos¹⁷.

Conclusões

Observamos uma grande adesão dos estudantes à proposta da disciplina e um investimento crescente na construção das narrativas. A experiência de conversar com os pacientes de uma forma mais aberta e disponível trouxe, para eles, lições importantes para sua formação médica e para suas vidas. Compreender o processo de adoecimento, a trajetória em busca de ajuda, as consequências que a doença trouxe para suas vidas, a experiência da hospitalização e o que os pacientes consideram um bom médico são resultados dessa experiência pedagógica que, sem dúvida, tiveram grande impacto no perfil e na postura desses médicos em formação.

Desafios e dificuldades, que também fizeram parte da experiência, foram igualmente fontes de aprendizados valiosos: a inibição inicial em abordar os pacientes e o receio de incomodá-los; o contato com o sofrimento e a sensação de impotência diante dele; a reação diante da expressão de sentimentos de tristeza por parte dos pacientes; e a consciência e expressão de seus próprios sentimentos.

Na fase do curso em que se inicia o contato direto com pacientes hospitalizados e em que as aulas e atividades passam a ocorrer, predominantemente, no ambiente hospitalar, a utilização das narrativas representou um espaço de expressão e ajuda para que os estudantes pudessem melhor compreender e elaborar os conflitos, angústias e inseguranças vinculados a esse “rito de passagem” no processo de construção de suas identidades e perfis profissionais. Os estudantes foram também encorajados a incorporar, na anamnese tradicional à qual estavam também sendo introduzidos, as habilidades desenvolvidas com a experiência narrativa.

Destacamos, assim, a relevância da abordagem narrativa como facilitadora do autoconhecimento; da reflexão; do desenvolvimento de habilidades empáticas e de comunicação; e da capacidade de identificar, compreender e lidar com as emoções do outro e com suas próprias emoções e recomendamos sua utilização como ferramenta de ensino-aprendizagem na formação médica.

Colaboradores

As autoras participaram de todas as etapas de elaboração do artigo, da discussão dos resultados e da revisão e aprovação da versão final do trabalho.

Referências

1. Benedetto MAC. Entre dois continentes: literatura e narrativas humanizando médicos e pacientes. *Mundo Saude*. 2010; 34(3):311-9.
2. Grossman E, Cardoso MHCA. As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico. *Rev Bras Educ Med*. 2006; 30(1):6-14.
3. Medeiros NS, Santos TR, Trindade EMV, Almeida KJQ. Avaliação do desenvolvimento de competências afetivas e empáticas do futuro médico. *Rev Bras Educ Med*. 2013; 37(4):515-25.
4. Favoreto CAO, Camargo Jr KR. A narrativa como ferramenta para o desenvolvimento da prática clínica. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(37):473-83.
5. Charon R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA*. 2001; 286(15):1897-902.

6. Kumagai A. A conceptual framework for the use of illness narratives in medical education. *Acad Med.* 2008; 83(7):653-8.
7. Charon R. Narrative medicine: form, function, and ethics. *Ann Intern Med.* 2001; 134(2):83-7.
8. Benedetto MAC, Garcia D, Blasco PG. Era uma vez... narrativas em medicina. *Rev Bras Cuid Paliat.* 2010; 3(1):19-25.
9. Leeuw S, Parkes MW, Thien D. Questioning medicine's discipline: the arts of emotions in undergraduate medical education. *Emot Space Soc.* 2014; 11:43-51.
10. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? *Br Med J.* 1999; 318(2):48-50.
11. Gaver A, Borkan JM, Weingarten MA. Illness in context and families as teachers: a year-long project for medical students. *Acad Med.* 2005; 80(5):448-51.
12. Miller E, Balmer D, Hermann N, Graham G, Charon R. Sounding narrative medicine: studying students' professional identity development at Columbia University College of Physicians and Surgeons. *Acad Med.* 2014; 89(2):335-42.
13. DasGupta S, Charon R. Personal illness narratives: using reflective writing to teach empathy. *Acad Med.* 2004; 79(4):351-6.
14. Clandinin J, Cave MT, Cave A. Narrative reflective practice in medical education for residents: composing shifting identities. *Adv Med Educ Pract.* 2011; 2:1-7.
15. Wald HS, Borkan JM, Taylor JS, Anthony D, Reis SP. Fostering and evaluating reflective capacity in medical education: developing the REFLECT rubric for assessing reflective writing. *Acad Med.* 2012; 87(1):41-50.
16. Arjmand S. The use of narrative in medical education. *J Learn Arts.* 2012; 8(1):1-8.
17. Dyrbye LN, Harris I, Rohren CH. Early clinical experiences from students' perspectives: a qualitative study of narratives. *Acad Med.* 2007; 82(10):979-88.
18. Shapiro J. Does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Acad Med.* 2011; 86(3):326-32.
19. Gaufberg EH, Batalden M, Sands R, Bel SK. The hidden curriculum: what can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Acad Med.* 2010; 85(11):1709-16.
20. Charon R, Hermann N. A sense of story, or why teach reflective writing? *Acad Med.* 2012; 87(1):5-7.

Descreve-se uma experiência didática de utilização da abordagem narrativa com estudantes do terceiro ano do curso médico da Universidade Federal Fluminense. A análise de suas narrativas revelou temas como admiração pelos pacientes por sua coragem e generosidade; inibição inicial de abordá-los e receio de incomodá-los; facilidade progressiva para a comunicação; dificuldades em lidar com seu sofrimento e com a expressão de suas emoções; compreensão de seus problemas, pontos de vista e experiências; e estabelecimento de relações de amizade e cumplicidade com os pacientes. A proposta pedagógica mostrou-se capaz de ampliar a compreensão dos estudantes sobre o processo de adoecimento e a experiência da hospitalização, aprofundar o vínculo estudante-paciente, facilitar o autoconhecimento, reflexão, desenvolvimento de habilidades empáticas e de comunicação e da capacidade de identificar e compreender e lidar com as emoções do outro e com suas próprias emoções.

Palavras-chave: Educação médica. Medicina narrativa. Empatia.

An experience of using narratives in medical students' education

In this paper, we describe a teaching experience of using the narrative approach with students in their third year of medical school at the Universidade Federal Fluminense. The analysis of their narratives pointed to themes that included admiration for their patients' courage and generosity; an initial reticence to approach them, and a fear of disturbing them; a growing capability in communication; difficulties in dealing with their suffering and with expressing their emotions; understanding of their problems, points of view and experiences; and the establishment of relationships with patients based on friendliness and solidarity. The pedagogical approach of using narratives proved useful in terms of expanding the students' understanding of the illness process and the experience of hospitalization, improving the student-patient relationship, facilitating self-awareness, reflection, the development of skills relating to empathy and communication, and the ability to identify, understand and deal with the emotions of others and with their own emotions.

Keywords: Medical education. Narrative medicine. Empathy.

Una experiencia del uso de narrativas en la formación de estudiantes de medicina.

Se describe una experiencia didáctica de utilización del abordaje narrativo con estudiantes del tercer año del curso médico de la Universidad Federal Fluminense. El análisis de sus narrativas reveló temas como admiración por los pacientes por su coraje y generosidad, inhibición inicial de abordarlos y recelo de molestarlos, facilidad progresiva para la comunicación, dificultades para enfrentar su sufrimiento y con la expresión de sus emociones, comprensión de sus problemas, puntos de vista y experiencias y establecimiento de relaciones de amistad y complicidad con los pacientes. La propuesta pedagógica se mostró capaz de ampliar la comprensión de los estudiantes sobre el proceso de enfermarse y la experiencia de la hospitalización, profundizar el vínculo estudiante-paciente, facilitar el auto-conocimiento, la reflexión, el desarrollo de habilidades empáticas y de comunicación y de la capacidad de identificar, comprender y enfrentar las emociones del otro con sus propias emociones.

Palabras clave: Educación. Medicina narrativa. Empatía.

Submetido em 10/10/16. Aprovado em 09/07/17.

TDAH, aprimoramento e medicalização no âmbito da Saúde Mental Global: uma entrevista com Ilina Singh (Parte 2)

ADHD, enhancement and medicalization in mental global health: an interview with Ilina Singh (Part 2)

TDAH, mejora y medicalización en el marco de la salud mental global: una entrevista con Ilina Singh (Parte 2)

Luís Henrique Sacchi dos Santos^(a)
Claudia Rodrigues de Freitas^(b)

<https://spectrumnews.org/author/ilinasingh/>



Esta é a segunda parte da série de três entrevistas realizadas com Ilina Singh, que, no seu conjunto, exploram aspectos de sua ampla produção acadêmica acerca do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). Na primeira parte (v. 20, n. 59, 2016), destacamos alguns dos deslocamentos operados ao longo de sua trajetória de pesquisa, os movimentos e as contigências que a levaram a empreender determinados tipos de investigação, bem como a importância de se considerar o TDAH de modo biossocial. Nesta segunda parte, exploramos algumas possibilidades do uso de psicoestimulantes (como a Ritalina) com fins de aprimoramento (*enhancement*), e situamos a questão do TDAH no âmbito da globalização ou da “saúde mental global”. A terceira parte se dedicará a ponderar algumas discussões que possibilitem pensar em termos de uma agenda política, ética, médica, social e educacional para lidar com o TDAH.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Educação, Departamento de Ensino e Currículo, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Prédio 12201, av. Paulo Gama, s/n, Campus Central, sala 807. Porto Alegre, RS, Brasil. 90046-900. luishss2009@gmail.com

^(b) Departamento de Estudos Básicos, Faculdade de Educação, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. freitasrcrd@gmail.com

LH (Luís Henrique): No seu texto, *Biology and context ...*¹, você dizia que, em termos de um debate filosófico, a Ritalina poderia ser vista como “uma tecnologia que se situa na fronteira entre o tratamento de uma desordem e o aprimoramento [*enhancement*] da pessoa” (p.365). A ideia de aprimoramento é algo que você vai explorar desde o início (de seus textos acerca do tema TDAH), mas que você detalha mais particularmente no texto *Neuroenhancement and young people...*². Você acredita que essa fronteira da Ritalina poderia ser tomada como uma evidência empírica de um tipo de aprimoramento em curso nas escolas, ao menos em termos comportamentais e disciplinares? Aqui, quão importante é o papel da autenticidade (a ideia de que as drogas estimulantes restringiriam a liberdade das crianças), discutido, por exemplo, no texto *Clinical implications of ethical concepts...*³?

IS (Ilna Singh): Eu comecei a estudar o aprimoramento não porque tivesse qualquer interesse no tema, mas porque passei a estudar a Ritalina. As pessoas começaram a me fazer perguntas sobre aprimoramento, e a primeira coisa que disse foi: “eu não sei nada sobre isso, porque não vejo evidências de aprimoramento”. Converso com crianças e famílias em um contexto terapêutico, e não gostaria de presumir que qualquer uma dessas crianças estivesse com suas capacidades ampliadas. Além disso, [a pergunta aqui talvez seja] o que “aprimoramento” significa mesmo?

Eu tinha duas opiniões acerca do aprimoramento. Em primeiro lugar, acreditava que havia a necessidade de pensar num contexto que permitisse às famílias solicitarem medicamentos para o [tratamento do] TDAH com fins de aprimoramento. Para mim, parecia que, se realmente considerávamos que muitas famílias já estavam solicitando medicamentos para o TDAH para fins de aprimoramento, era necessário considerar as dimensões éticas disso. Em segundo lugar, achava que alguém deveria fazer um estudo para entender o que se entendia por aprimoramento, bem como entender por que os próprios jovens estavam escolhendo usar (ou não) esses medicamentos para aprimoramento. Na época, nossos jornais no Reino Unido estavam repletos de denúncias sobre um grande número de estudantes consumindo potencializadores cognitivos, mas, no entanto, não havia qualquer evidência disso fora do jornalismo. [Na época,] foi relativamente fácil elaborar uma pesquisa sobre o aprimoramento cognitivo no ambiente universitário e mostrar, de modo consistente, que o número de estudantes que estava fazendo uso de medicamentos para o TDAH com fins de aperfeiçoamento cognitivo era muito menor do que os jornais apresentavam. Naturalmente, isso não impediu os meios de comunicação britânicos de continuarem apresentando suas denúncias hiperbólicas.

Esse primeiro tópico [o de pensar num contexto que permitisse às famílias requererem medicamentos para o tratamento do TDAH com fins de aprimoramento] foi mais difícil, pois eu queria desenvolver uma perspectiva clínica para o que poderia ser feito para ajudar a minimizar os potenciais danos do uso de medicamentos prescritos [com receita] para o TDAH para fins de aprimoramento⁽⁴⁾. Parecia apropriado tentar pensar o que aconteceria se esses medicamentos fossem clinicamente disponíveis e você pudesse ir ao seu médico e dizer “meu filho tem uma prova na próxima semana. Posso, por favor, ter uma receita para Ritalina?”. Com minha colega americana, a pediatra Kelly Kelleher, escrevi um conjunto de diretrizes² que considerava, de forma sistemática, o que precisaria estar em vigor para que tais pedidos fossem tratados com responsabilidade, em parte porque sabemos que há médicos nos Estados Unidos que não estão sendo cuidadosos em relação a quem estão dispensando esses

⁽⁴⁾ Recentemente, a professora Ilna publicou dois textos que ampliam a discussão aqui apresentada: “Cognitive enhancement in healthy children will not close the achievement gap in education”. *The American Journal of Bioethics*. 2016, 16(6):39-59, em parceria com Sebastian Sattler; e “Can guidelines help reduce the medicalization early childhood?”. *Journal of Pediatrics*. 2016, 166:1344-6, em parceria com William D. Graf.

medicamentos. Como resultado, as pessoas geralmente citam esse artigo para mostrar que estamos erradas. Eu acho que é justo, pois queríamos estimular o debate. Logo depois disso, a Academia Americana de Neurologia publicou uma declaração afirmando que o uso de medicamentos para o tratamento do TDAH com fins de neuroaprimoramento pediátrico era inaceitável.

A outra parte da sua pergunta é sobre a autenticidade e a restrição da liberdade que pode advir do uso de medicamentos para o TDAH. O que eu tentei mostrar no artigo a que você faz referência é que a autenticidade não é um conceito ao qual devemos atribuir conotações positivas ou negativas *a priori*. Se uma criança sente que não está sendo autêntica, em um estágio de desenvolvimento em que a identidade ainda está se consolidando, então, provavelmente, não vamos querer preservar esse senso de autenticidade pessoal, embora também possamos não querer interferir na liberdade de alguém decidir quem é em termos de autenticidade. Obviamente, este é um conflito que necessita de maior aprofundamento e análise.

Sua pergunta também se refere a uma questão mais ampla, qual seja, como a educação promove a liberdade das crianças neste momento – ou, talvez seja mais apropriado usar o termo “desabrochar” [a se desenvolver com sucesso], que combina a noção de liberdade com um senso de autoconhecimento por meio de práticas institucionais.

Acho que as escolas no Reino Unido não estão suficientemente preparadas para a questão: como você ajuda uma criança a se desenvolver? Em vez disso, elas perguntam: como você ajuda uma criança a se sair bem nos exames? Essas expectativas e condições limitadas parecem encorajar uma mudança em direção ao aprimoramento cognitivo. Mas, claro, esse é um velho problema na educação; o que acontece é que as antigas soluções, como as aulas de reforço fora da escola^(d) ou a preparação para exames, deram lugar à possibilidade das drogas psicotrópicas. Então, qual é a diferença? Por que as aulas de reforço fora da escola (que levantam preocupações sobre equidade entre aqueles que podem pagar e aqueles que não podem^(e)) seriam melhores que os medicamentos para o TDAH? Alguns diriam que, pelo menos, as aulas de reforço exigiriam esforço da criança, enquanto os medicamentos não. Minha opinião é que essa visão atribui muito poder a esses medicamentos. Eles não “fazem o trabalho” para a criança – de modo algum! É por isso que eu afirmo que as crianças que tomam medicação para o TDAH “não são robôs”⁴.

Por outro lado, acredito que os medicamentos para o TDAH incrementam a capacidade das crianças de se encaixarem nas caixas em que as escolas precisam que elas se encaixem. Para mim, o problema central é que não creio que essas caixas, necessariamente, apoiem o desenvolvimento de uma criança. Até que nós, como sociedade, não estejamos dispostos a mudar a estrutura da caixa, não seremos capazes de fazer melhor do que estamos fazendo agora. Por que não há flexibilidade nessas caixas? Por que temos medo de fazer mudanças radicais na forma como educamos os jovens? Não podemos dizer que a caixa é inflexível porque – bem – sabemos que ela funciona para nos devolver, ao final, uma criança que atingiu um dado desenvolvimento, mas também sabemos que para muitas crianças isso não é verdadeiro. Recentemente tivemos uma pesquisa no Reino Unido que mostrou que nossas crianças são as mais infelizes da Europa. Acredito que eu relacione o problema da virada em direção aos medicamentos como a Ritalina em razão da falta de flexibilidade e do reconhecimento das diferenças cognitivas dentro das escolas. Além disso, há a questão básica da falta de recursos qualificados para dar sustentação a uma gama mais ampla de apoio e ensino.

^(d) A entrevistada faz referência à “tutoria adicional”, a qual foi, aqui, traduzida como “aulas de reforço fora da escola” para enfatizar o modo como temos tratado esta questão no âmbito brasileiro.

^(e) Nota do entrevistador: Renato Janine Ribeiro, no texto “Novas fronteiras entre natureza e cultura” (In: NOVAES, Adauto. O homem-máquina: a ciência manipula o corpo. São Paulo, Companhia das Letras, 2003. p.15-36), faz uma interessante discussão acerca deste aspecto.

LH: Em *Biology in context...*¹, você disse que existiam três mistérios que representavam uma oportunidade para a integração entre as abordagens biomédicas e socioculturais, que você achou particularmente interessantes: a) a cronicidade do TDAH; B) o fato de as crianças com TDAH tenderem a se comportar melhor com seus pais do que com suas mães; c) e o viés de gênero (em relação à prevalência de meninos) nos diagnósticos de TDAH e no tratamento com metilfenidato (p. 365). Você diria o mesmo hoje?

IS: É muito interessante olhar para trás e pensar sobre isso, sobre a cronicidade do TDAH, pois uma interessante dinâmica social se deu nos últimos dez anos. Na semana passada^(f) fui a uma palestra, na qual estava presente uma das pessoas que ajudou a criar a primeira clínica de TDAH para adultos no Reino Unido, que me disse, muito feliz: “cinco anos atrás havia três clínicas e hoje há 66 clínicas para atender adultos com TDAH!”. Desde uma perspectiva médica, este “mistério” de cronicidade parece ter sido resolvido: o TDAH é uma doença crônica, não sendo mais considerado um distúrbio que passa após a infância. Claro que para nós, pensando sociologicamente, isso ainda é problemático, especialmente porque esta “entidade TDAH” não parece ser a mesma ao longo do curso de vida. Ela não parece ser a mesma quando você passa da terceira infância^(g) para a adolescência ou mesmo quando você passa da adolescência para o início da idade adulta; o TDAH como fenótipo (se posso usar essa palavra) muda novamente de acordo com a maturidade e o contexto. É interessante comparar esta trajetória com uma doença como o autismo, que tem sido considerada crônica por muito mais tempo. Nesta direção, é mais comum dizer que a manifestação do autismo muda ao longo da vida, e que ela também muda de acordo com os ambientes ao longo da vida útil. As pessoas tendem a pensar no autismo como uma desordem muito dinâmica – é viva, muda com a idade e com o lugar no qual você se encontra, bem como a partir de outros fatores em sua vida. Enquanto isso, o TDAH foi pensado como algo dicotômico, limitado no tempo. Assim, penso que podemos ser produtivamente perturbadores e perguntarmos: se o TDAH é crônico, isso significa que ele permanece o mesmo durante o curso de vida? Ou ele apresenta mudanças em suas manifestações, tal como sabemos que acontece com o autismo?

O viés de gênero está mudando. Eu acho que costumava ser 4:1 meninos na maioria dos ambientes anglo-europeus, e agora está se movendo para 3:1. Eu não diria que se trata de um mistério, talvez nunca tenha sido. Em minha opinião, a diferença de gênero é, em grande parte, para baixo na dinâmica social, embora a relativa imaturidade cognitiva dos meninos, em comparação com as meninas, provavelmente contribua. Diferentes países pensam de forma diferente sobre o TDAH e as meninas, embora os índices globais sejam semelhantes. No Reino Unido, tendemos a não identificar e diagnosticar o componente de desatenção do TDAH, sendo um diagnóstico que passa a ser visto com mais frequência em meninas (provavelmente porque, em parte, a desordem de déficit de atenção – DDA –, em um nível descritivo, está em si vinculada às normas de gênero). Tenho certeza de que a dinâmica de gênero é tanto similar quanto diferente em todo o mundo. Mais uma vez, não se trata de uma dinâmica que possa ser explicada de forma puramente biológica ou puramente social. Portanto, se houver trabalho a ser feito em torno dos mistérios do TDAH a partir de uma perspectiva biossocial, acho que estas ainda são áreas ricas para se trabalhar.

^(f) A entrevistada faz referência à segunda semana de dezembro de 2014.

^(g) A entrevistada utiliza a expressão *middle childhood*, que corresponderia à idade entre seis e oito anos. No entanto, algumas descrições no âmbito brasileiro referem este período como terceira infância, variando de 6-8 a 12-13 anos, o que torna mais coerente com a colocação da entrevistada, que refere a passagem da infância para a adolescência.

LH: Em *Biology in Context ...*¹, você mencionou Thomas Szasz (1974), o qual sugeria que uma doença mental poderia ser interpretada como uma metáfora para comportamentos, sentimentos e pensamentos culturalmente reprovados (ver p. 362). Você acha que essa afirmação ajudaria a explicar o “caso francês” sobre o TDAH – onde muito poucos casos de TDAH são relatados, simplesmente porque “eles” pensam que as crianças estão fazendo o que as crianças devem fazer? Em outras palavras, o que você acha da ideia de o TDAH ser interpretado como uma construção cultural que afeta de modo diferente segundo o modo como o concebemos?

IS: Bem, eu não sei se esta descrição do caso francês pode ser tomada como completamente precisa. Existem opiniões diferentes. Por outro lado, fico bastante irritada quando as pessoas dizem que há uma prevalência de 5% de TDAH no mundo – há muitas questões relativas à medição e definição envolvidas nesse cálculo. Ainda há muitos trabalhos importantes para serem feitos no sentido de se entender adequadamente a dinâmica local do TDAH em diferentes contextos. Quando a estimativa de prevalência global apareceu pela primeira vez, em 2007, ela foi interpretada na direção de demonstrar, de modo definitivo, que o TDAH não constituía uma questão cultural⁵. Mas, é claro, isso não elimina nenhuma das questões culturais. Quando você faz um grande estudo epidemiológico, ele oculta a complexidade das estatísticas.

Em geral, eu acho que um forte argumento construcionista é aquele para o qual não posso dar credibilidade porque ele não representa o papel do biológico ou do físico, sendo que o mesmo pode ser dito quanto à compreensão do argumento biológico reducionista forte. Relembremos o maravilhoso trabalho empreendido por Ian Hacking^(h). Estou muito mergulhada nesse trabalho e acho que, particularmente no artigo de 2011⁶, tento dizer algo semelhante, mas emprego uma metáfora pobre, de canais, de modo que reveria isso se pudesse, pois creio que não transmitiu aquilo que quis dizer. Cada vez mais, parto da premissa de que o biológico e o social estão entrelaçados desde o começo, de modo que tentar separá-los não é realmente de grande utilidade. Como disse antes, em certas disciplinas, é preciso fazer essa separação heurísticamente, mas eu não acredito que façamos isso na sociologia e na bioética. No lugar em que nos encontramos, na interface da sociologia, da biologia e da ética, temos a obrigação de pensar de maneiras mais complexas e de elaborar modelos complexos e dinâmicos.

É claro que a dinâmica social molda o comportamento das crianças e nossa interpretação acerca de seus comportamentos. Apenas para dar um exemplo concreto: é por isso que continuo falando sobre o cenário do parque infantil (*playground*), porque é onde você pode ver claramente essas dinâmicas e seus efeitos sobre a capacidade de autocontrole das crianças.

Vamos supor que você tem uma criança que apresenta problemas de autocontrole; digamos que esses problemas são leves e que, na maioria das vezes, ele ou ela pode administrar e não precisar de remédio. Mas, então, a criança se muda para uma nova escola, onde há uma interação diária com um valentão na hora do almoço. De repente, o comportamento dessa criança começa a deteriorar-se, de modo que a escola ou os pais passam a pensar que a medicação pode ser necessária. No entanto, na minha opinião, e tal como já mencionei, a primeira tentativa de resolver o problema deve incluir a mudança da cultura do parquinho infantil para que o *bullying* não aconteça mais. A Ritalina não ajudará uma criança que continua a ter experiências deste tipo no parque.

Considero que a perspectiva construcionista social ajuda a nos mantermos atentos à dinâmica social. As escolas precisam estar muito mais cientes dos modos

^(h) A professora Ilna faz referência ao texto *The social construction of what?* (Cambridge, MA: Harvard UP, 1999).

através dos quais os vários ambientes em que uma criança circula diariamente ajudam ou dificultam que ela se comporte da maneira que a escola pensa que é certa e apropriada. Além disso, precisamos ter uma discussão dentro das escolas no sentido de perguntar: que tipo de comportamento nós valorizamos nas crianças? Estes valores são adequados?

Creio que ambas as discussões precisam acontecer ao mesmo tempo. Uma diz respeito à discussão política e ética sobre valores, desenvolvimento e infância; a outra diz respeito a uma discussão muito mais concreta: se você é um professor que grita 25 minutos em uma aula de quarenta minutos e se você tem uma criança que luta com o autocontrole, você precisa saber que essa criança está sendo atijada/estimulada fisicamente por sua abordagem. Isso é muito fácil de mudar, basta baixar a sua voz. Provavelmente, vai ajudar todos os alunos na aula a se concentrarem mais.

LH: Em alguns de seus primeiros textos aqui considerados (de 2002 a 2007)^{1,3,7-12}, você alude/afirma, de modo recorrente, que nos EUA teria havido uma correlação entre o uso de Ritalina para crianças com problemas escolares e o fato de suas mães tomarem ou terem tomado antidepressivos (pelo menos no passado). Por quais razões você acha que essa análise não é extensiva ao Reino Unido ou a outros contextos? Nossa pergunta aqui também poderia ser apresentada de uma forma mais ampla, pensando em termos de medicalização: você acha que o fato de termos aprendido a tomar remédios ao longo do século XX, e termos acompanhado e acreditado em seus resultados, contribuiu para a emergência do TDAH como uma síndrome médica nas últimas décadas? Claro, também não podemos esquecer dos avanços em termos das neurociências e do uso de imagens para colonizar o suposto “silêncio do cérebro” na direção de problematizar este tópico.

IS: Certamente! Não há dúvidas disso quando você olha este processo historicamente. Desde o início da publicidade de tranquilizantes para os problemas das crianças no contexto dos EUA, era claro que ela estava diretamente ligada à publicidade de tranquilizantes para os sintomas depressivos da mãe. Portanto, há essa conexão muito clara, particularmente na dinâmica mãe-filho. Gostaria de sustentar minha afirmação de que há uma forte preocupação com as mães e a maternidade no diagnóstico do TDAH, e que a relação entre mães e filhos pode ser uma motivação para se iniciar o caminho em direção ao diagnóstico. A questão é se a ênfase nos filhos em particular ainda é tão forte, dado que a dinâmica de gênero no TDAH está mudando.

Certamente, vemos uma cultura mais terapêutica em todo o mundo e uma normalização de medicamentos de todos os tipos. Há um fascínio geral com o cérebro e um aumento das imagens cerebrais como “evidência” de “coisas” acontecendo que, provavelmente, também contribui para a medicalização. Por outro lado, não acredito que os indivíduos andem por aí pensando em si mesmos em termos cerebrais. Acho que a neurociência tem menos impacto, pelo menos em termos de identidade, do que às vezes se argumenta. Foi sobre isso que escrevi sobre as crianças no artigo *Brain talk...*¹³. No geral, eu diria que, atualmente, a “evidência” neurocientífica constitui mais um dispositivo retórico para produzir uma forma particular de argumento, mas isso não significa necessariamente que as pessoas acreditem no “Eu sou o meu cérebro”.

Claro, a sensibilidade cultural em torno do consumo de drogas psicotrópicas é importante. Os psiquiatras do Reino Unido às vezes falam sobre os motivos para as taxas de uso de Ritalina serem mais baixas aqui, e – bem – eles vão dizer que não somos uma cultura de tomar medicamentos. Eu acho que na Grã-Bretanha há uma sensibilidade diferente sobre drogas psicotrópicas, uma sensibilidade muito britânica – elas são uma muleta; não devemos usar ou necessitar delas; “queixo para cima, você pode superar”; e assim por diante. O problema é que essa atitude também leva ao subtratamento e ao sub-reconhecimento da doença mental, bem como ao estigma em torno de tratamentos de saúde mental. Eu creio que temos um contingente de pessoas que precisa de serviços de saúde mental e que não os acessa por essas razões no Reino Unido.

Se não me engano, ontem^(j) saiu um artigo, em um de nossos jornais, que dizia que o Reino Unido se transformou em uma cultura viciada em comprimidos^(j), sendo em maior número os antidepressivos, as estatinas para o coração e um outro. Fiquei chocada ao ver um número tão alto de antidepressivos, mas eles ainda são relativamente menores do que a percentagem de pessoas tomando antidepressivos, por exemplo, nos Estados Unidos.

Penso que a formulação de algumas boas perguntas de pesquisa – que realmente demonstrem essa cultura dos medicamentos e as maneiras por meio das quais ela reitera o modo como tratamos nossos filhos quando eles têm problemas – poderia constituir um bom estudo. No entanto, ainda não observei isso sendo realizado no Brasil, à exceção do trabalho de Dominique Behague^(k). Naturalmente, existem muitas regiões diferentes no Brasil, então, haveria necessidade de se considerar uma série de casos e, em seguida, algumas comparações. No próximo ano, um de nossos grupos, incluindo o importante sociólogo Peter Conrad^(l), publicará um livro sobre as dimensões globais do TDAH numa perspectiva sociológica. Conseguimos incluir 16 países em nossas análises e esperamos que isso incentive outros mais^(m).

LH: Eu creio que há um certo tipo de autoridade que desempenha um papel importante nesta decisão. Além disso, no Brasil também há uma divisão entre o sistema de saúde público universal e os planos de saúde suplementares (privados). As pessoas que utilizam o sistema privado geralmente estão muito mais envolvidas nestas perspectivas médicas e veem a si mesmas como “criaturas médicas”, com doenças explicadas em termos médicos, do tipo “estou deprimido agora e isso explica por que eu estava fazendo aquilo”. Este é um tipo de conversa bastante comum entre pessoas que compartilham esse tipo de perspectiva.

IS: Esta é uma situação interessante nos sistemas de saúde pública, e, assim, olhar para as taxas de prescrição nos diferentes sistemas de saúde é, muitas vezes, revelador, penso eu. Uma coisa acerca da qual não falamos, mas igualmente interessante como uma questão de pesquisa, é: e quanto ao número de pessoas que recebem muitos tipos diferentes de drogas psicotrópicas prescritas? Porque os medicamentos do tipo Ritalina costumam colocar você para cima [“deixar ligado”], então, às vezes, as crianças precisam de algo para ajudá-las a dormir, por vezes até recebendo antidepressivos para isso. Ouvimos falar de pessoas indo a diferentes médicos para diferentes tipo de prescrições, mas sem revelarem tudo o que estão tomando.

Quando você está em uma sociedade que normaliza a ingestão de medicamentos, muitas vezes, você recebe crianças que estão tomando mais de uma droga ou que mudam de ciclo de tratamento rapidamente de uma droga para experimentar outra, nova – vê-se muito disso nos Estados Unidos. As crianças dirão que tomaram seis/sete medicamentos diferentes e eles têm 13 anos; e isso acontece só porque uma nova droga está sempre chegando e o médico pergunta “por que você não a experimenta?”. Eles se tornam um tipo de especialistas em medicamentos e, então, você pode entender o porquê; como especialistas em medicamentos em sua juventude, eles podem simplesmente continuar a recapitular esse tipo de comportamento mais tarde. Isto não

^(j) Novamente, a entrevistada faz referência a uma matéria publicada em dezembro de 2014.

^(k) A entrevistada emprega a expressão “pill-popping culture”, cujo significado seria uma cultura de tomar comprimidos/medicamentos, especialmente quando isso se torna um hábito ou quando as pílulas são drogas ilegais.

^(l) Vide, por exemplo, alguns dos trabalhos desta pesquisadora no âmbito brasileiro no seguinte endereço eletrônico: [https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/persons/dominique-behague\(9a782d7a-4351-46bd-8b7c-3ca8748866f0\)/publications.html](https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/persons/dominique-behague(9a782d7a-4351-46bd-8b7c-3ca8748866f0)/publications.html).

^(m) Um dos trabalhos recentes mais conhecidos de Peter Conrad é o livro *The medicalization of society – on the transformation of human conditions on treatable disorders* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007).

⁽ⁿ⁾ Trata-se do livro *Global Perspectives on ADHD: The Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries* (coedited with Meredith Bergey, Angela Filipe, and Iliana Singh). Baltimore: Johns Hopkins University Press. In Press.

acontece sob a medicina socializada, porque os sistemas de saúde públicos não podem pagar por todos estes medicamentos. No Reino Unido, por exemplo, temos apenas quatro tratamentos medicamentosos para o TDAH disponíveis no serviço nacional de saúde. Gostaria de saber quantos estão disponíveis no serviço nacional de saúde do Brasil.

LH: Ao lermos seus textos, publicados entre 2002 e 2007^{1, 3, 7-12}, observamos uma preocupação particular em explorar analiticamente o contexto histórico de produção daquilo que hoje chamamos TDAH. Este parece ser um período muito importante, mas pouco ou quase nada foi dito antes (pelo menos, no Brasil). Você também analisou uma grande quantidade de documentos, começando com a organização da *Bradley Home*, por Charles Bradley, onde, a partir de uma variedade de perspectivas teóricas e práticas, as crianças foram submetidas a diferentes estratégias de tratamento (incluindo benzodiazepinas). No mesmo período, observamos um cuidado especial nas análises acerca da discussão sobre a família (priorizando a relação mãe-filho/menino) e, também, a análise dos fatos produzidos pelos anúncios da droga (especialmente em *Not just naughty...*¹¹). O que você mantém deste período e destas descobertas em sua pesquisa hoje? Em outras palavras, como isso se articula em sua pesquisa hoje?

IS: Eu realmente gostei daquela fase do meu trabalho. Passava horas na biblioteca lendo textos antigos para compreender a produção histórica da “criança problemática”, tanto na cultura popular quanto na psiquiatria. Foi tão divertido! E estou um pouco triste porque hoje tudo está provavelmente disponível *online* e os pesquisadores não terão a oportunidade de folhear as páginas de jornais e revistas velhos e empoeirados, sentindo aquele cheiro característico de papel velho. Mas, pelo lado positivo, o material *online* é provavelmente pesquisável, de modo que isso vai demorar muito menos tempo. Durante meu doutorado eu tive o luxo do tempo!

Como já disse antes, penso que, como pesquisadores, passamos por fases, algumas delas são influenciadas pelos financiamentos, outras são influenciadas pelos tipos particulares de problemáticas que se tornam interessantes em um determinado momento. O TDAH é um tópico que poderíamos passar a vida toda estudando. Como pesquisadora do Wellcome Trust, acabei de receber recursos para um novo projeto, o qual me permite usar diferentes posições teóricas e conceituais para olhar a questão do desenvolvimento moral de uma criança, através das lentes da neurociência e da psiquiatria⁽ⁿ⁾. Assim, este projeto me permitirá trazer de volta preocupações sociológicas sobre gênero, especificamente sobre mães e maternidade. Haverá um trabalho envolvendo crianças diagnosticadas com TDAH e suas atitudes morais em relação à intervenção precoce, e, também, complementaremos o trabalho de bioética com entrevistas biográficas, para que, assim, possamos colocar as atitudes morais manifestadas no contexto da biografia pessoal. Isso – eu espero – irá relacionar bem o normativo e o empírico. Estou montando esta abordagem a partir da antropologia moral – por exemplo, Didier Fassin, um antropólogo que trabalha em Paris, perguntou: qual é a história de fundo das articulações que vemos em torno das crianças? Quais são suas biografias pessoais e como elas se relacionam com os elementos mais performativos das posições e papéis das crianças nos discursos sociopolíticos e globais?

No projeto *Voices*^(o) não podíamos fazer muito deste enquadramento mais amplo de forma sistemática, mas ainda dispomos de muitos dos dados daquele

⁽ⁿ⁾ Este novo projeto, denominado “Becoming Good: Early Intervention and Moral Development in Child”, pode ser acessado no site: <http://www.begoodeie.com>.

^(o) “VOICES” (Vozes sobre identidade, Infância, Ética e Estimulantes: Crianças se juntam ao debate, financiado pelo Wellcome Trust). Para maiores informações, acesse a primeira parte desta entrevista (<http://interface.org.br/edicoes/v-20-n-59-out-dez-2016>) ou o próprio site do projeto (<http://www.adhdvoices.com/>).

projeto. Nele, nós andamos pelos bairros, conhecemos famílias e, às vezes, entrevistamos crianças em suas casas, de modo que temos dados muito ricos sobre a vida delas; uma materialidade de suas vidas que podemos, agora, começar a reinterpretar sob esta forma um pouco mais individualizada do que já apresentei sobre essas crianças em meu trabalho. Pessoalmente, isso me moverá de um foco na autenticidade, na responsabilidade pessoal e na agência, como conceitos de bioética, para colocar estes conceitos, e como eles são percebidos e experimentados, dentro de um quadro mais amplo. Certamente, tentei usar uma abordagem mais ecológica do que uma grande parte da literatura sobre bioética, mas parte dessa análise ainda me parece muito individualizada em comparação com o que eu estava fazendo anteriormente.

Você pergunta o que daquele trabalho anterior ainda permanece: ainda está comigo a gratidão pela minha profunda compreensão do fenômeno, pelo menos no contexto dos EUA, onde eu fiz esse trabalho inicial. Espero que isso inspire outros pesquisadores a realizarem análises profundamente históricas e ecológicas de como o TDAH veio a se constituir em seus países. Há uma história lá, uma narrativa importante que ajuda a enquadrar um argumento sobre como e por que este diagnóstico surge em sociedades globais, como ganha sua legitimidade e valor. Precisamos desta perspectiva, juntamente com aqueles estudos epidemiológicos anônimos em larga escala, porque, sem essa compreensão mais profunda e mais rica, não temos um contexto adequado para as estatísticas.

LH: Em *A framework for understanding trends...*¹⁰ e, também, em *ADHD, culture and education*¹⁴ você dizia, comparando com o contexto dos EUA, que a falta de uma agenda integrada (escola, clínica, políticas públicas e a compreensão psiquiátrica do desenvolvimento das crianças) poderia ser um fator especulativo que poderia explicar a aceitação tardia dos diagnósticos de TDAH e do tratamento com medicamentos no Reino Unido. Você acha que esse contexto mudou desde aquele momento até hoje no Reino Unido? Além disso, você poderia dizer o que sabe a este respeito em termos de outros países?

IS: No Reino Unido observou-se que há ainda uma compreensão, entre os psiquiatras, de que há um problema real de reconhecimento do TDAH nas escolas. Acho que isso acontece por uma série de razões: muitos professores são céticos quanto ao diagnóstico; muitas escolas não estão equipadas/preparadas para lidarem com qualquer tipo de problema de saúde mental com crianças, e há mais trabalho sendo feito agora para possibilitar a identificação precoce e os serviços preventivos nas escolas. Esperamos que isso seja para o bem das crianças.

Provavelmente, algumas crianças que não deveriam ser identificadas nestes processos o serão, e as razões pelas quais elas serão identificadas podem ter a ver com o fato de elas serem pobres ou pertencerem a minorias étnicas. Isso acontece no contexto dos EUA, e temos dados que mostram que em comunidades pobres no Reino Unido há maior probabilidade de diagnóstico de TDAH.

A outra área problemática que eu observei no Reino Unido é a de que parte da educação de professores em torno de condições como o TDAH está sendo conduzida pela indústria farmacêutica. A indústria convida professores para suas conferências e produz materiais especiais para eles. É muito difícil não ter uma visão cínica quanto a isso. Mas a pharma^(p) está preenchendo uma lacuna também. Eles estão fornecendo educação aos professores, e isso poderia ser algo positivo se um professor, em seguida, pudesse ajudar um aluno que realmente

^(p) No sentido de tudo o que envolve a indústria farmacêutica.

precisa de ajuda. Aqui não há trabalho empírico para investigar se, depois que os professores saem para estes treinamentos de dois dias, o número de diagnósticos ou encaminhamentos aumenta nas escolas. Gostaria de levantar a hipótese de que, provavelmente, há alguma relação, mas sem dados não temos uma maneira de avaliar isso, então nos resta apenas o ceticismo e um pouco de cinismo.

Uma coisa que eu poderia dizer – e isso talvez seja relevante para o Brasil também: o que precisamos é de uma estratégia melhor para os serviços de saúde mental nas escolas. Precisamos educar os professores sobre saúde mental e sobre as necessidades de seus alunos, e precisamos garantir que os alunos que precisam de ajuda possam acessá-la. Devemos também avaliar cuidadosamente o que acontece quando os professores têm conhecimento, se eles começam a ver/filtrar as suas observações através da lente do diagnóstico. Também precisamos entender até que ponto o diagnóstico beneficia a criança ou não.

Não temos este tipo de acompanhamento, e eu acho que, se nós vamos fazer reivindicações reais sobre os benefícios ou danos da identificação precoce e dos programas preventivos nas escolas, então temos de ter programas de pesquisa criados em torno deles para nos mostrarem se eles estão ou não fazendo o que esperamos que eles façam. Caso contrário, estamos apenas adivinhando.

É sempre uma questão de dinheiro: quem vai financiar um projeto longitudinal deste tipo? O que frequentemente acontece é que o financiador dirá que um número X de crianças foi identificado, e isso é considerado o benefício do serviço de intervenção precoce; mas sabemos que isso não é, necessariamente, um benefício se as crianças foram identificadas erroneamente ou se não tiveram acesso aos serviços de que necessitavam depois de serem identificadas. Portanto, precisamos de bons dados de avaliação pós-intervenção.

Referências

1. Singh I. Biology in context: social and cultural perspectives on ADHD. *Child Soc.* 2002; (16):360-7.
2. Singh I, Kelleher KJ. Neuroenhancement in young people: proposal for research, policy and clinical management. *AJOB Neurosci.* 2010; 1(1):3-16.
3. Singh I. Clinical implications of ethical concepts: moral self-understandings in children taking methylphenidate for ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2007; 12(2):167-82.
4. Singh I. Not robots: children's perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. *J Med Ethics.* 2013; 39(6):359-66.
5. Singh I, Filipe AM, Bard I, Bergey M, Baker L. Globalization and cognitive enhancement: emerging social and ethical challenges for ADHD clinicians. *Curr Psychiatry Rep.* 2013; 15(9):385.
6. Singh I. A disorder of anger and aggression: children's perspectives on attention deficit/hyperactivity in the UK. *Soc Sci Med.* 2011; 73(6):889-96.
7. Singh I. Bad boys, good mothers, and the "miracle" of Ritalin. *Sci Context.* 2002; 15(4):577-603.
8. Singh I. Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Soc Sci Med.* 2004; 59(6):1193-205.
9. Singh I. Will the "real boy" please behave: dosing dilemmas for parents of boys with ADHD. *Am J Bioeth.* 2005; 5(3):34-47.
10. Singh I. A framework for understanding trends in ADHD diagnoses and stimulant drug treatment: schools and schooling as a case study. *Biosociet.* 2006; (1):439-52.
11. Singh I. Stimulants – not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising. In: Tone A, Watkins ES, editors. *Medicating modern America – prescription drugs in history.* New York: New York University Press; 2007.
12. Singh I. Capacity and competence in children as research participants. *EMBO Rep.* 2007; 8 Supl 1:35-9.
13. Singh I. Brain talk: power and negotiation in children's discourse about self, brain and behavior. *Sociol Health Illn.* 2013; 35(6):813-27.
14. Singh I. ADHD, culture and education. *Early Child Dev Care.* 2008; 178(4):347-61.

Palavras-chave: TDAH. Ritalina. Medicalização. Aprimoramento.

Keywords: ADHD. Ritalin. Medicalization. Enhancement.

Palabras clave: TDAH. Ritalin. Medicalización. Mejora.

Submetido em 20/03/17. Aprovado em 12/04/17.

ADHD, enhancement and medicalization in mental global health: an interview with Ilina Singh (Part 2)

Luís Henrique Sacchi dos Santos^(a)
Claudia Rodrigues de Freitas^(b)

<https://spectrumnews.org/author/ilinasingh/>



Here is the second in a series of three interviews with Ilina Singh that, as a whole, explore aspects of her wide academic production on Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). In the first part (v. 20, n. 59, 2016), we highlighted some of the dislocations carried out along her research trajectory, the movements and contingencies that led her to undertake certain types of research, such as the importance of considering ADHD in a biosocial way. In this second part, we explore some questions about the possibilities of using psychostimulants (such as Ritalin) for enhancement purposes and place the issue of ADHD in the context of globalization or “global mental health”. The third part will consider some discussions that enables us to think in terms of a political, ethical, medical, social and educational agenda to deal with ADHD.

^(a) Programa de Pós-Graduação em Educação, Departamento de Ensino e Currículo, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Prédio 12201, av. Paulo Gama, s/n, Campus Central, sala 807. Porto Alegre, RS, Brasil. 90046-900. luishss2009@gmail.com

^(b) Departamento de Estudos Básicos, Faculdade de Educação, UFRGS. Porto Alegre, RS, Brasil. freitascrd@gmail.com

LH (Luís Henrique): Still in “Biology and context...”¹ you said that, in terms of a philosophical debate, Ritalin would be seen “as a technology that sits in the borderline between treatment of disorder and enhancement of the person” (p.365). The idea of enhancement is something that you explore since the beginning, but will explore fully detailed in “Neuroenhancement and young people...”². Would you think this ‘between’ of Ritalin would be taken as an empirical evidence of a kind of enhancement in schools, at least in behavioural and disciplinary terms? How important is the role of authenticity (the idea that stimulant drugs would restrict children freedom) here, for example, discussed in “Clinical implications of ethical concepts...”³?

IS (Irina Singh): I came to enhancement not because I had any interest in enhancement but because I studied Ritalin. People started asking me questions about enhancement. The first thing I said was “I do not know anything about enhancement because I do not feel I have evidence of enhancement”. I talk to children and families in a therapeutic context, and I would not want to presume that any of these kids are being enhanced. Moreover, what does ‘enhancement’ even mean?

I had two ideas about enhancement. First, I thought that there was a need to think through a scenario that allowed families to request ADHD drugs for the purposes of enhancement. To me it seemed that, if we truly think that a lot of families are already asking for ADHD drugs for enhancement, it was necessary to consider the ethical dimensions. Second, I thought that someone should do a study to understand what is meant by enhancement, and how young people themselves are choosing to use these drugs (or not) for enhancement. At the time, our UK newspapers were full of claims about huge numbers of students turning to cognitive enhancers. There was no evidence of this outside of journalism. It was relatively easy to set up a survey of cognitive enhancement in the university setting and we showed that far fewer students were taking ADHD drugs for cognitive enhancement, on a consistent basis, than the papers were claiming. Of course, that has not stopped the UK media from making their hyperbolic claims.

The first problem was more difficult. I wanted to bring a clinical perspective to “what could be done to help minimise the potential harms of using ADHD prescription drugs for enhancement purposes⁽⁴⁾?” It seemed appropriate to try to think through what would happen if these were clinically available and you could go to your doctor and say “my son has a test next week, can I please have some Ritalin?”. With my American paediatrician colleague, Kelly Kelleher, we wrote a set of guidelines² that considered in a systematic way what would need to be in place for such requests to be handled responsibly, in part because we know that there are some clinicians in the States who are not being careful at all about who they’re giving these drugs to. Anyway, people generally now cite that article to show how wrong we are! I think that is fair: we wanted to stimulate debate. Soon after the American Academy of Neurology came out with a statement that pediatric neuroenhancement using ADHD drugs was unacceptable.

The other part of your question is about authenticity and the restriction of freedom that might come with ADHD drugs. What I tried to show in the article you reference is that authenticity is not a concept to which we should assign a *priori* positive or negative connotations. If a child feels that they are authentically bad, in a developmental stage when identity is still consolidating, then we will probably not want to preserve that sense of personal authenticity, although we

⁽⁴⁾ Recently, Professor Irina published two texts that amplify the discussion presented here: “Cognitive enhancement in healthy children will not close the achievement gap in education”. The American Journal of Bioethics. 2016, 16(6):39-59, with Sebastian Sattler; e “Can guidelines help reduce the medicalization early childhood?” Journal of Pediatrics. 2016, 166:1344-6), with Willian D. Graf.

also may not want to impinge on the freedom for someone to decide who they authentically are. Obviously, this conflict needs more thought and analysis.

Your question also relates to a larger issue of the extent to which education, at this moment in time, fosters children's freedom – or, perhaps it is more appropriate to use the term 'flourishing', which combines the notion of freedom with a sense of self-cultivation through institutional practices.

I think that schools in the UK are not oriented sufficiently anymore to the question: How do you help a child to flourish? Instead, they ask "how do you help a child do well on exams?" These narrow conditions and expectations do seem to encourage the turn to cognitive enhancement. But, of course, this is an old problem in education; it's just that old solutions, such as extra tutoring or exam preparation, have given way to the possibility of psychotropic drugs. So what is the difference? Why is extra tutoring (which raises concerns about equity between those who can afford it, and those who can't^(d)) better than ADHD drugs? Some would say that at least tutoring requires effort from the child, while drugs do not. However, I think that view ascribes too much power to these drugs. They do not 'do the work' for a child – not by any means. This is why I make the claim that children taking ADHD drugs are 'not robots'⁴.

On the other hand, I do believe that ADHD drugs support children's capacity to fit into the boxes that the schools need them to fit into. I do not think those boxes necessarily support a child's flourishing, and that is, to me, the central problem. Until we as a society are willing to change the structure of the box, we will not be able to do better than we are doing now. Why is there no flexibility in those boxes? Why are we afraid to make radical changes to how we educate young people? We cannot say, well, the box is inflexible because we know it works to deliver a flourishing child in the end; we know that for many children that is not true. We recently had a survey in the UK, which showed that our children are the unhappiest children in Europe. I suppose I link the problem of the turn to Ritalin-type drugs to a lack of flexibility and acknowledgment of cognitive differences within schools. In addition, there is just a basic issue of a lack of skilled resources to support a broader range of teaching and support.

LH: In "Biology in context..."¹ you said that there were three mysteries that presented an opportunity for the integration of biomedical and sociocultural approaches, and you found particularly interesting: a) the chronicity of ADHD; b) the fact that children with ADHD tend to be better behaved for their fathers than for their mothers; c) and the gender bias (towards the prevalence of boys) in ADHD diagnoses and methylphenidate treatment (p. 365). Would you say the same today?

IS: How interesting to look back on that! On the chronicity of ADHD – an interesting social dynamic happened over the last ten years. I was at a talk last week^(e), where one of the people who helped set up the first adult ADHD clinic in the UK said very happily, 'five years ago there were three clinics and today there are 66 adult ADHD clinics!' From a medical perspective, this 'mystery' of chronicity seems to have been solved: ADHD is a chronic disorder, it is no longer considered a disorder that resolves after childhood. Of course, for us, thinking sociologically, it is still problematic particularly because this entity 'ADHD' does not look the same across the lifecourse. It doesn't look the same even when you move from middle childhood to adolescence, and then when you move from adolescence into early adulthood, ADHD as a phenotype (if I can use that word)

^(d) Interviewer's note: Renato Janine Ribeiro, in the text "Novas fronteiras entre natureza e cultura" (In: NOVAES, Adauto (Org.). O homem-máquina: a ciência manipula o corpo. São Paulo, Companhia das Letras, 2003. p.15-36), makes an interesting discussion about this aspect.

^(e) The interviewee refers to the second week of December 2014.

shift again with maturity and context. It is interesting to compare this trajectory with a disorder that has been considered chronic for much longer: autism. At this point, it is more common to say about autism that its manifestation changes across the lifespan and that it changes with environments across the lifespan. People tend to think of autism as a very dynamic disorder – it is vital, it changes with age and where you are and other factors in your life, whereas ADHD was thought of as a dichotomous, time-limited thing. So we can be productively disruptive, I think, and ask: if ADHD is chronic, does that mean it stays the same across the life course? Alternatively, does it shift in its manifestations, as we know autism to do?

The gender bias is shifting. I think it used to be 4:1 boys in most Anglo-European settings, and it is now moving towards 3:1. I would not say this is a mystery so much – perhaps it never was. In my view, the gender difference is largely down to social dynamics, although the relative cognitive immaturity of boys as compared to girls likely contributes. Different countries think differently about ADHD and girls, although the overall ratios are similar. In the UK, we tend not to identify and diagnose inattentive type ADHD; and that happens to be a diagnosis that you see more often in girls (probably in part because ADD at a descriptive level is itself bound up in gender norms). I am sure the gender dynamics are both similar and different around the world. Again, this is not a dynamic that can be explained purely biologically or purely socially. Therefore, if there is work to be done around the mysteries of ADHD from a biosocial perspective, I think these are still rich areas to work through.

LH: You mentioned Thomas Szasz (1974), In “Biology in Context...”¹, which suggested that a mental disease would be interpreted as a metaphor for behaviours, feelings and thoughts culturally disapproved (see p. 362). Do you think that this statement would help to explain the “French case” about ADHD – where very few cases of ADHD are reported, simply because “they” think that children are doing what children must do? In other words, what do you think about the idea that ADHD would be interpreted as a cultural construction that affects as differently as we conceive it?

IS: Well, I do not know that the one description of the French case can be taken as wholly accurate. There are different opinions. On the other hand, I get quite irritated when people say there’s a worldwide ADHD prevalence of 5% - there are many measurement and definitional issues buried in that calculation. There is so much valuable work still to be done to properly understand the local dynamics of ADHD in different contexts. When the global prevalence estimate first appeared in 2007 it was interpreted to demonstrate definitively that ADHD is not a cultural issue (see Singh et al, Globalisation and ADHD paper). But, of course, it doesn’t do away with any of the problematics of culture. When you do a big epidemiological study, it hides the complexity in the statistics.

In general, I think a strong constructionist argument is one that I can’t give credence to because I think it doesn’t account for the role of the biological or the physical; and the same is true for the strong biological reductionist argument. We looked at this wonderful work by Ian Hacking⁽¹⁾. I’m very taken with that work, and I think particularly in the 2011⁶ paper I’m trying to say something similar, but I use this rather awful metaphor of channels, and I would take that back if I could because I don’t think it conveyed what I meant. I

⁽¹⁾ Professor Ilina makes reference to the text *The social construction of what?* (Cambridge, MA: Harvard UP, 1999).

increasingly start with the premise that the biological and the social are intertwined from the start; so to try to pull them apart actually is not terribly useful. As I said before, in certain disciplines one has to do that separation heuristically, but in sociology and in bioethics, I do not believe we do. Where we sit, at the interface of sociology, biology and ethics we have an obligation to think in more complex ways, and to come up with complex and dynamic models.

Of course, social dynamics shape children's behaviour, and our interpretation of their behaviour. Just to give you a concrete example, it's why I keep talking about the playground setting because it's where you can see these dynamics and their effects on children's capacity for self-control clearly.

Let's say you have a child who has self-control problems. Let us say they are mild and most of the time he or she can manage and does not need medicine. Then the child moves to a new school, where there is a daily interaction with a bully at lunchtime. Suddenly the child's behaviour begins to deteriorate, and the school or the parents think that medication might be needed. But, as I said before, in my view the first attempt to resolve the problem should include changing the playground culture so that bullying no longer happens. Ritalin is not going to help a child who continues to have these experiences in the playground.

I think the social constructionist position helps us keep the social dynamics in view. Schools have to be much more aware of the ways in which the various environments in a child's day help or hinder a child to behave the way that the school thinks is right and appropriate. On top of that, we need to have a discussion within schools to ask: what kind of behaviour do we value in children? Are these the right values?

Both of those conversations I think need to be happening at the same time. One is a political and an ethical discussion about values and childhood and flourishing. The other is a much more concrete discussion that says if you are a teacher who shouts 25-minutes out of a 40-minute class and you have a child who struggles with self-control, you need to know that that child is being fired up physically by your approach. That is so easy to change – just lower your voice. It will probably help all the students in the class focus.

LH: In some of your first texts here considered (from 2002 to 2007)^{1, 3, 7-12}, you make a recurrent allusion/statement that in the USA there was a correlation between the use of Ritalin for children's schools problems and the fact that their mothers took or were taking anti-depressives (at least in the past). For what reasons do you think this analyses is not extensive to UK or other contexts? Our question here also would be presented in a broader way, thinking in terms of medicalisation: do you think that the fact that we learned to take medicines all over the 20th Century, and believed and tracked their results, contributed to the emergence of ADHD as a medical syndrome in recent decades? Sure, we also cannot forget the advances in terms of neurosciences and use of images to colonize the supposed "silence of the brain" to problematise this topic.

IS: Absolutely! There is no question when you look historically. It was clear that the beginning of the advertising for tranquilisers for children's problems in the US context was linked directly to the advertising of tranquilisers for the mother's depressant symptoms. Therefore, there is this very clear connection, particularly in that mother-child dynamic. I would stand by my claim that there is a strong preoccupation with mothers and mothering in ADHD diagnosis, and that the relationship between mothers and sons can be a motivation to start the path to diagnosis. The question is whether the emphasis on sons in particular is still as strong, given that the gender dynamics in ADHD are shifting.

We certainly see a more therapized culture all over the world and a normalisation of drugs of all kinds. An increase in brain images as 'evidence' of things happening likely also contributes to medicalization. There is a general fascination with the brain. On the other hand, I do not believe that individuals go around thinking of themselves in terms of the brain; I think neuroscience has less impact, at least on identity, than is sometimes argued. That is what I wrote about in my article on children's 'Brain Talk'¹³. In general, I would say that currently neuroscience 'evidence' is more a rhetorical device

to produce a particular form of argument. It does not necessarily mean that people believe that: "I am my brain."

Cultural sensibilities around psychotropic drug consumption do matter, of course. UK psychiatrists sometimes talk about why the rates of the use of Ritalin are lower here, and they will say, well, we are not a drug-taking culture. I do think that in Britain there is a different sensibility about psychotropic drugs, a very British sensibility – they are a crutch, we should not use or need them, chin up, you can make it through, and so forth. The problem is that this attitude also leads to under-treatment and under-recognition of mental illness, and to stigma around mental health treatments. I do think that in the UK we have a proportion of people who need mental health services who do not access them for these sorts of reasons.

Yesterday^(g) I think there was an article in one of our newspapers that says the UK has become a pill-popping culture and the biggest pill-popping was antidepressants, statins for heart and one other. I was shocked to see the antidepressant numbers as high as they were, but they are still relatively lower than the percentage of people taking antidepressants, for example, in America.

I think formulating some nice research questions that really demonstrate this drug culture and the ways in which it iterates in how we treat our children when they have problems. This would be a nice study, and I have not seen it done in Brazil yet, with the exception of work by Dominique Behague^(h). Of course, there are many different regions in Brazil, so there would need to be a series of cases, and then some comparisons. Next year, a group of us, including the great sociologist Peter Conrad⁽ⁱ⁾, will publish a book on the global dimensions of ADHD, from a sociological perspective. We have managed to include 16 countries in our analyses, and we hope these will inspire more^(j).

LH: I think it is a kind of authority that plays a huge part in this decision, and also there is one division in Brazil that is between the universal public health and the supplemental health plan (private one). The people that go to the private system they usually are much more involved in these medical perspectives and see themselves like medical creatures and with diseases explained in medical terms, like "I am depressed now and it explains why I was doing that". This is a very normal conversation among people with this kind of perspective.

IS: It is an interesting situation in public health systems and then to look at rates of prescribing in those different health systems I think is often revealing. One thing we haven't talked about that is interesting, also as a research question: what about the number of people who get lots of different kinds of psychotropic drugs prescribed, because Ritalin type drugs tend to bring you up, so sometimes children need something to help them sleep; sometimes they're even given antidepressants to make them sleep. We hear about people going to different doctors for different medications, and not revealing everything they are taking.

When you have a society that normalises the taking of drugs, very often you get children who are taking more drugs than one or cycle very quickly off one drug to try a new one – you see that a lot in America. Kids will say they have been on six/seven different drugs and they are 13 years old, and it is just because a new drug keeps coming up and the doctor says why don't you try it? So they become kind of drug experts and you can understand then why, as drug experts in their youth, they might just go on to recapitulate that kind of behaviour later

^(g) Again, the interviewee refers to a text published in December 2014.

^(h) See, for example, some of the papers of this researcher in the Brazilian scope at the following electronic address: [https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/persons/dominique-behague\(9a782d7a-4351-46bd-8b7c-3ca8748866f0\)/publications.html](https://kclpure.kcl.ac.uk/portal/en/persons/dominique-behague(9a782d7a-4351-46bd-8b7c-3ca8748866f0)/publications.html).

⁽ⁱ⁾ One of Peter Conrad's best-known recent works is the book *The medicalization of society – on the transformation of human conditions on treatable disorders* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007).

^(j) This is the book *Global Perspectives on ADHD: The Social Dimensions of Diagnosis and Treatment in 16 Countries* (coedited with Meredith Bergey, Angela Filipe, and Iliana Singh). Baltimore: Johns Hopkins University Press. In Press.

on. This does not happen under socialised medicine, because socialised medicine cannot afford to pay for all these drugs. In the UK, for example, we have only four drug treatments for ADHD available on the National Health Service. I wonder how many are available on Brazil's National Health Service?

LH: Reading your texts, published between 2002 and 2007^{1,3,7-12}, we observed a special concern in exploring analytically the historical context of production of what we call ADHD today. It seems a very important period, but few or almost nothing was said about it before (at least in Brazil). You also analysed a huge amount of documents, starting with the organization of Bradley Home, by Charles Bradley, where a variety of theoretical and practical perspectives subjected children to a variety of different treatment strategies (including Benzodiazepines). In the same period we observed a special care of your analyses in the discussion over family (prioritizing the mother-child/boy relationship) and also the analyses of the facts produced by the drug's advertisements (especially in "Not just naughty..."¹¹). What do you keep of this period and findings in your research today? Alternatively, how they are articulated in your research today?

IS: I really enjoyed that phase of my work. I spent hours in the library reading old texts to understand the historical production of the 'problem child' both in popular culture and in psychiatry. It was such fun, and I am a bit sad that today this is probably all on-line and that researchers will not be able to leaf through the pages of dusty old journals and magazines, smelling that unique smell of old paper. However, on the positive side, the on-line material is probably searchable, so it will take a lot less time! But during my PhD I had the luxury of time.

As I said before, I think as a researcher one goes through phases and some of those phases are influenced by funders and some of them are influenced by the particular kinds of problematics that become interesting at a particular time. ADHD is a topic we could spend a lifetime on. I have just received an investigator award from the Wellcome Trust, for a new project, which allows me to use different theoretical and conceptual stances to look at the question of a child's moral development, through the lenses of neuroscience and psychiatry^(k). Therefore, this will allow me to bring back sociological concerns about gender, specifically about mothers and mothering. There will be a piece of work involving children diagnosed with ADHD and their moral attitudes to early intervention. We will complement the bioethics work with biographical interviews, so that we can place expressed moral attitudes in the context of personal biography. This will nicely relate the normative and the empirical, I hope. I am drawing from moral anthropology in this approach; for example, Didier Fassin an anthropologist working in Paris, has asked: what is the background story to the articulations that we see around children? What are their personal biographies and how do they related to the more performative elements of children's positions and roles in socio-political and global discourses?

In the Voices project^(l) we could not do very much of that broader framing in a systematic way, but we still have a lot of that data. We walked around neighbourhoods, we met families, and we interviewed kids at home sometimes. Therefore, we have very rich data on children's lives, the materiality of their lives that we can now begin to read back into this rather more individualised way in which I have presented these children to date in my work. That will move me personally from a focus on authenticity and personal responsibility

^(k) This new project, called "Becoming Good: Early Intervention and Moral Development in Child", can be accessed through the website <http://www.begoodeie.com>.

^(l) VOICES (Voices on identity, childhood, ethics and stimulants: children join the debate, financed by Wellcome Trust). For more information, access the first part of this interview (<http://interface.org.br/edicoes/v-20-n-59-out-dez-2016>) or the project's own site (<http://www.adhdvoices.com/>).

and agency as bioethics concepts, to placing these concepts, and how they are perceived and experienced, within a broader frame. I have certainly tried to use a more ecological approach than a lot of the bioethics literature, but some of that analysis still feels quite individualised as compared to what I was doing earlier.

You ask what of that former work is still with me: it is there with me; I am grateful for my depth of understanding of the phenomenon, at least in the US context where I did that early work. I hope it will inspire other scholars to conduct similarly deep historical and ecological analyses of how ADHD has come to be in their countries. There is a story there, an important narrative that helps to frame an argument about how and why this diagnosis rises up in global societies, how it gains its legitimacy and value. We need this perspective in addition to those anonymous large-scale epidemiological studies because without that deeper and richer understanding, we have no proper context for the statistics.

LH: In “A framework for understanding trends...”¹⁰ (Singh, 2006) and also in “ADHD, culture and education”¹⁴ you said, comparing with the context of USA, that the lack of an integrated agenda (school, clinic, government policy and psychiatry understanding of children development) would be one speculative factor that would explain the late acceptance of ADHD diagnoses and drug treatment in UK. Do you think this context changed from that time to nowadays-in UK? In addition, would say what do you know in this respect in terms of other countries?

IS: In the UK have observed that there is still a sense among the psychiatrists that there is a real problem of recognition of ADHD in the schools. I think that is for a number of reasons. I think many teachers are sceptical of the diagnosis. I think that many schools are not equipped to pick up any kind of mental health issues with kids and there’s more work now being done to bring early identification and preventive services into schools. We hope that that is for the good of children.

Probably some children will be identified in those processes that should not be identified and that the reasons why they may be identified could have to do with the fact that they are poor or ethnic minorities. This happens in the US context, and we have data showing that in poor communities in the UK there is more likelihood of ADHD diagnosis.

The other problematic area that I have observed in the UK is that some of the education of teachers around conditions like ADHD is being conducted by the pharmaceutical industry. The industry invites teachers to its conferences and produces special materials for them. It is very difficult not to have a cynical view. But pharma^(m) is also filling a gap; they are providing education to teachers, so it could be a positive thing if one teacher then helps a student who actually needs help. There is no empirical work to investigate if, after teachers go off on these two day trainings, the number of diagnoses or referrals in schools increases. I would hypothesise that probably there is some relationship. Nevertheless, without data we have no way to evaluate this, so we are left with just scepticism and a bit of cynicism.

^(m) In the sense of everything that involves the pharmaceutical industry.

One thing I would say – and maybe this is relevant for Brazil as well – what we need is a better strategy for mental health services in schools. We need to educate teachers about mental health and the needs of their students, and we need to ensure that students who need help can access it. We should also carefully evaluate what happens once teachers have knowledge, whether they begin to see/filter their observations through the lens of diagnosis. We would also need to understand the extent to which diagnosis benefits the child, or not.

We don't have that kind of follow through and I think if we're going to make real claims about the benefits or harms of early identification and preventive programmes in schools, then we have to have the research programmes set up around them that show us whether or not they're doing what we want them to be doing. Otherwise, we are just guessing.

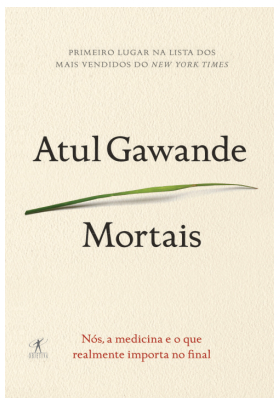
It is always a matter of money – who is going to fund a longitudinal project of that sort? What often happens is that the funder will say X number of children were identified and that that is considered the benefit of the early intervention service, but we know that that is not necessarily a benefit if the children were wrongly identified or did not receive the services that they needed after they were identified. Therefore, we need good post-intervention evaluation data.

References

1. Singh I. Biology in context: social and cultural perspectives on ADHD. *Child Soc.* 2002; (16):360-7.
2. Singh I, Kelleher KJ. Neuroenhancement in young people: proposal for research, policy and clinical management. *AJOB Neurosci.* 2010; 1(1):3-16.
3. Singh I. Clinical implications of ethical concepts: moral self-understandings in children taking methylphenidate for ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2007; 12(2):167-82.
4. Singh I. Not robots: children's perspectives on authenticity, moral agency and stimulant drug treatments. *J Med Ethics.* 2013; 39(6):359-66.
5. Singh I, Filipe AM, Bard I, Bergey M, Baker L. Globalization and cognitive enhancement: emerging social and ethical challenges for ADHD clinicians. *Curr Psychiatry Rep.* 2013; 15(9):385.
6. Singh I. A disorder of anger and aggression: children's perspectives on attention deficit/hyperactivity in the UK. *Soc Sci Med.* 2011; 73(6):889-96.
7. Singh I. Bad boys, good mothers, and the "miracle" of Ritalin. *Sci Context.* 2002; 15(4):577-603.
8. Singh I. Doing their jobs: mothering with Ritalin in a culture of mother-blame. *Soc Sci Med.* 2004; 59(6):1193-205.
9. Singh I. Will the "real boy" please behave: dosing dilemmas for parents of boys with ADHD. *Am J Bioeth.* 2005; 5(3):34-47.
10. Singh I. A framework for understanding trends in ADHD diagnoses and stimulant drug treatment: schools and schooling as a case study. *Biosociet.* 2006; (1):439-52.
11. Singh I. Stimulants – not just naughty: 50 years of stimulant drug advertising. In: Tone A, Watkins ES, editors. *Medicating modern America – prescription drugs in history.* New York: New York University Press; 2007.
12. Singh I. Capacity and competence in children as research participants. *EMBO Rep.* 2007; 8 Supl 1:35-9.
13. Singh I. Brain talk: power and negotiation in children's discourse about self, brain and behavior. *Sociol Health Illn.* 2013; 35(6):813-27.
14. Singh I. ADHD, culture and education. *Early Child Dev Care.* 2008; 178(4):347-61.

Keywords: ADHD. Ritalin. Medicalization. Enhancement.

Submitted in 20/03/17. Approved in 12/04/17.



Gawande A. Mortais. Rio de Janeiro: Objetiva; 2015.

Daniel Lima Azevedo^(a)

Mortais – autonomia e solidariedade em resposta à insuficiência da medicina

Como as sociedades lidam com seus indivíduos idosos? O que fazer com aqueles que têm doenças progressivas e incuráveis? As perguntas centrais do livro do cirurgião norte-americano Atul Gawande conduzem à exploração de uma temática relevante para as sociedades contemporâneas, confrontadas com o desafio do fenômeno global do envelhecimento. Gawande atua como professor do Departamento de Saúde Pública e Administração da Harvard School of Public Health e do Departamento de Cirurgia da Harvard Medical School. *Mortais*¹, seu quarto livro, lançado em 2014 e publicado no Brasil no ano seguinte, dialoga com referenciais teóricos da sociologia e da antropologia.

Gawande parte da observação de que a Faculdade de Medicina não ensina o médico a lidar com o fim da vida de seus pacientes. Howard Becker², em *Boys in White*, e Byron Good³, em *How Medicine Constructs its Objects*, já apontaram como o ensino médico forma profissionais para a vida acadêmica, com ênfase na doença, em detrimento de um vínculo genuíno com a pessoa doente.

Gawande confessa seu desamparo diante de situações de terminalidade: “encontrei pacientes que eram forçados a enfrentar a realidade do declínio e da mortalidade, e não levei muito tempo para perceber o quão despreparado eu estava para ajudá-los” (p. 13). O fascínio pela biotecnologia disponível nas unidades de terapia intensiva, ele alerta, pode gerar formas elaboradas de tortura, pois os pacientes são submetidos a infindáveis procedimentos de manutenção de vida e não conseguem morrer.

Que tipo de medicina é essa? Assim como o historiador francês Philippe Ariès⁴, que investigou as atitudes das sociedades diante da morte, na Europa, da Idade Medieval ao fim do século XX, Gawande pondera que a morte permanece oculta nos hospitais, no início do novo milênio: “[...] as pessoas estão cada vez menos familiarizadas com os estágios finais da vida” (p. 16). Até o século XIX, a morte era um acontecimento social, significativo para o moribundo e para sua família. A partir de então, especialmente a partir da segunda metade do século XX, torna-se uma experiência médica, na qual somente o médico detém o poder de autorizar o indivíduo a morrer. Essa perversão do propósito da medicina condena as pessoas, em tal momento

^(a) Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Horacio Macedo, s/n, Ilha do Fundão, Cidade Universitária. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 21941-598. daniel.lima.azevedo@gmail.com

histórico, a morrerem sós, em instituições nas quais “rotinas regradas, anônimas, nos isolam de tudo o que nos é importante na vida” (p. 19).

O envelhecimento da população mundial é inquestionável e transcorre com velocidades diferentes nos dois hemisférios. Na Europa e América do Norte, aconteceu depois que os países alcançaram certa maturidade, com redução de desigualdades sociais e econômicas. Na América Latina, o processo dá-se antes da ocorrência dessa estabilidade, em meio a um cenário de economias frágeis, níveis crescentes de pobreza e dificuldades no acesso ao sistema de saúde⁵. Nesse horizonte de disparidade, as formas de lidar com os idosos diferem de acordo com cada sociedade e sua respectiva estrutura familiar. O antropólogo Lawrence Cohen⁶ refere que, na Índia, os idosos são considerados como responsabilidade da família, que os acolhe inclusive quando eles apresentam alta dependência para as atividades do dia a dia. É a expectativa natural. O próprio Gawande, descendente de indianos, recorda que seu avô se tornou centenário e recebeu cuidados em casa até o momento da morte. Ele aponta uma inversão de valores nas sociedades ocidentais contemporâneas, nas quais idosos e doentes vivem sozinhos e isolados “[...] em uma série de instalações anônimas, na qual passam seus últimos momentos de consciência com enfermeiras e médicos que mal sabem seus nomes” (p. 23). As atitudes sociais concernentes à velhice mudaram, nos Estados Unidos, ao longo do século XX: de exemplos de dignidade e sabedoria, os idosos passaram a ser considerados como refugos decrépitos. O aumento da expectativa do tempo de vida e a redução das taxas de fecundidade, que ocorreram nesse período, geraram novos arranjos intergeracionais. A sociedade contemporânea tornou-se hedonista. Desconhece a transcendência, enfatiza a fisicalidade e, portanto, não percebe uma finalidade para seus velhos dependentes, sem se dar conta de que, com o envelhecimento, a perda da independência é inelutável: tornar-se dependente ao fim da vida é uma situação previsível na trajetória de quase todos.

Na primeira metade do século XX, morria-se de forma brusca por causa vascular ou infecção aguda. O acesso à tecnologia alterou as trajetórias das doenças. No início do século XXI, no entanto, essas doenças são passíveis

de intervenções capazes de estender a vida dos indivíduos, porém, com a possibilidade de longos períodos em que eles apresentam sequelas. Ao abordar a fisiologia do envelhecimento, Gawande dialoga com o filósofo francês Georges Canguilhem⁷ e descreve como o corpo sofre transformações às quais a pessoa adapta-se. Há um momento, porém, em que se instala uma vulnerabilidade orgânica, e a pessoa começa a “cair aos pedaços”: é a síndrome de fragilidade, um diagnóstico que marca uma trajetória de fim de vida cada vez mais frequente. Gawande observa que os médicos sentem-se impotentes diante de uma senhora frágil, com múltiplos problemas de saúde, e podem indicar tratamentos que inadvertidamente piorem sua qualidade de vida. O autor enaltece a intervenção de geriatras, dedicados a rever os medicamentos prescritos, as prioridades dos pacientes e suas redes de suporte. Lamenta que o número de médicos dessa especialidade seja insuficiente, nos Estados Unidos, para atender a população idosa.

No livro *Patrimônio*⁸, o romancista norte-americano Philip Roth detalha as perdas decorrentes da doença de seu pai, que se torna progressivamente dependente, até o impactante episódio de incontinência que dá título ao livro. Lidar com a perda da independência de um ente querido é devastador. Com base no filósofo francês Michel Foucault⁹, Gawande descreve os asilos do início do século XX como locais sombrios. A violência sofrida pelos residentes nessas instituições encontra-se registrada em fontes históricas e em romances, a exemplo de *As we are now*¹⁰, com um fim apocalíptico: uma idosa que mora em um asilo, inconformada com a falta de tratamento digno, atea fogo à edificação e morre no incêndio que provocou.

Em países periféricos, os asilos tornam-se cada vez mais numerosos, pois as famílias reduzidas e empobrecidas não conseguem absorver os cuidados com os idosos. Gawande resgata as origens históricas das casas de repouso modernas, que remontam à década de 1950. Os hospitais assumiam um poder crescente, exercido pelo controle das rotinas dos pacientes, mediante a possibilidade de oferta de intervenções curativas¹¹. Entretanto, não conseguiam resolver problemas decorrentes de doenças crônicas e da velhice. Começaram a ficar repletos de pacientes. A partir de então, o governo norte-americano passou a remunerar instituições dispostas a

receber pacientes egressos de hospitais. Nessa perspectiva histórica, as casas de repouso não surgiram com o propósito de maximizar o potencial ou a qualidade de vida dos pacientes, mas “foram criadas para liberar leitos nos hospitais” (p. 73). A privacidade e a autonomia, definida como capacidade de autodeterminação, são pulverizadas por esse modelo, com consequências para o paciente¹².

Gawande pondera que as casas de repouso deveriam se dedicar a cuidar dos idosos, mas, na prática, assemelham-se às “instituições totais” de Erving Goffman¹³, com rotinas rigorosas, atividades obrigatórias e vigilância constante. Essa ideia é reforçada por outro livro recente, que relata os embates dos idosos de uma instituição de longa permanência holandesa com a administração¹⁴. Gawande reconhece que as casas de repouso contemporâneas não se comparam aos asilos do início do século XX, mas reforça a ideia de que, para a sociedade, as pessoas parecem perder a importância quando se tornam dependentes. Ainda de acordo com o autor, os maus-tratos sofridos nas instituições são “[...] consequência de uma sociedade que lida com a fase final do ciclo de vida humano tentando não pensar a respeito dela” (p. 78). Instituições contemporâneas oferecem modelos inovadores de cuidado, com ênfase no respeito à autonomia e privacidade, e assemelham-se à proposta de um lar – integram conforto e companhia pela flexibilização de regras. Lamentavelmente, essas moradias assistidas adaptam-se cada vez mais às expectativas dos filhos dos idosos, que costumam ser os contratantes do serviço: “tudo o que resta a nossos idosos é uma existência institucional, controlada e supervisionada, uma resposta desenvolvida clinicamente para problemas incorrigíveis, uma vida projetada para ser segura, porém vazia de tudo aquilo que lhes é importante” (p. 107). O binômio autonomia X segurança encontra-se no cerne do livro e fomenta a discussão de que, embora as pessoas desejem exercer seu livre arbítrio em relação a suas vidas, preferem que seus entes queridos idosos estejam em segurança, ainda que isso signifique ignorar suas vontades. Promover a autonomia corresponde a estimular que o indivíduo mantenha-se como protagonista de sua própria vida, conduzindo-a de acordo com seus princípios e prioridades até o momento da morte.

Diante de uma doença incurável em fase avançada, como um câncer metastático, qual deve ser a atitude do médico? As preocupações de pessoas nessa situação envolvem uma ressignificação dos relacionamentos, a vontade de não sofrer e a possibilidade de resolução de pendências. A resposta do sistema de saúde, no entanto, frustra essas expectativas ao prover cuidados baseados em tecnologia que ignoram a importância da sensação de completude. Na idade medieval, guias sobre a *ars moriendi*, a arte de morrer, ensinavam a adoção de uma atitude estoica diante da morte, percebida como transição para a vida eterna cristã. Durante o processo de morrer, era fundamental pedir perdão pelos pecados, reafirmar a crença em Deus e delegar as posses aos familiares. Havia um propósito discernível para o sofrimento e uma cartilha a seguir: alcançar o Paraíso mediante um comportamento de resignação. Contudo, a sociedade contemporânea secularizou-se e o hedonismo é valor hegemônico, dirigido ao momento imediato, condições que contribuem para uma aversão à morte e a transferência do poder dos representantes religiosos para os médicos¹⁵. Nessa transição histórica, consagra-se o emprego de expressões de caráter bélico para a descrição de tratamentos, a exemplo de “luta contra o câncer” e “arsenal terapêutico”, como indica a filósofa e pensadora Susan Sontag¹⁶. Lidar com a morte converteu-se em uma batalha. A ideia central de Gawande é que “nas últimas décadas, a ciência médica tornou obsoletos séculos de experiência, tradição e linguagem relativas à nossa mortalidade e criou uma nova dificuldade para a humanidade: como morrer” (p. 151).

A preparação da pessoa para a morte, conforme Gawande, pode ser facilitada pela introdução de cuidados paliativos, definidos pela Organização Mundial da Saúde¹⁷:

[...] como uma abordagem que promove qualidade de vida de pacientes (de todas as idades) e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida. Previnem e aliviam o sofrimento por meio da identificação precoce e do tratamento correto da dor e de outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. Promovem dignidade, qualidade de vida e acomodação à progressão da doença,

usando as melhores evidências científicas disponíveis. (tradução de minha autoria).

Na concepção de Gawande, os cuidados paliativos representam a possibilidade de resgate de uma *ars moriendi* para a era atual, pois permitem que o paciente retome seu lugar de direito como protagonista de sua biografia, o que demanda conversas significativas com a equipe sobre suas preferências para o fim da vida. Estabelecer esse diálogo compete aos médicos que, para o autor, furtam-se de lidar com a questão da mortalidade e, conseqüentemente, decidem por tratamentos de manutenção da vida que são danosos aos enfermos e angustiam os familiares. Discutir o fim da vida com os doentes é tarefa delicada, que requer sensibilidade e treinamento. Acrescente-se que depende do estabelecimento de um vínculo e de tempo para reflexão. Para os pacientes, “aceitar [a] própria mortalidade e chegar a uma clara compreensão dos limites e das possibilidades da medicina é um processo, não uma epifania” (p. 173). A função da medicina seria negociar esse entendimento e propor tratamentos proporcionais às doenças, garantindo o bem-estar. Os médicos enganam-se ao acreditar que seu trabalho seja garantir a saúde e a sobrevivência e tendem a adotar duas posturas: a paternalista, em que exercem seu poder de decisão, por considerar tratar-se do melhor para o enfermo, ou a informativa, em que repetem fatos e números e solicitam que o paciente escolha o tratamento a partir dessas informações. Gawande critica tais posturas e reflete que “a atitude não apenas correta, mas também necessária, a ser tomada pelo médico é a de discutir com os pacientes a respeito de suas metas mais amplas e até de desafiá-los a repensar prioridades e crenças irrefletidas” (p. 191).

O livro culmina no relato da doença do pai do autor, um médico urologista diagnosticado com um tipo raro de tumor da medula espinhal que provoca fortes dores cervicais e compromete a força de seus membros. As intervenções para controle da doença envolveram cirurgia, quimioterapia e radioterapia. Não foram bem-sucedidas e deixaram a família com um misto de desorientação e desespero. Gawande hesita em conversar com o pai sobre sua admissão em um serviço de cuidados paliativos: “a mera menção traria o assunto sombrio e intocável da morte para a mesinha de centro entre nós” (p. 211). No

entanto, a visita de uma enfermeira especialista em cuidados paliativos permite uma melhora no controle da dor e a expressão de sentimentos pelo pai, que incluem raiva pela situação de impotência e o desejo de não ser hospitalizado. Ao fim, o pai permanece em casa, com o corpo nu e frágil manipulado pela família, deliciando-se com fotos dos netos nos intervalos dos períodos de confusão mental e com a respiração controlada por medicamentos, até morrer.

Gawande refere-se aos tipos de coragem necessários na velhice e na doença. O primeiro diz respeito ao enfrentamento da realidade de ser mortal. O segundo tipo de coragem requer que os atos de uma pessoa reflitam a verdade que ela descobre sobre seus medos e esperanças. Ao retomar a discussão da autonomia, cabe lembrar um estudo primoroso sobre as solicitações de eutanásia na Holanda¹⁸. Uma importante conclusão dessa pesquisa é que a maior parte dos pedidos não se converte em eutanásias de fato. Antes, representam uma estratégia que resta ao paciente, para que ele sinta estar no controle do fim da própria vida – um sentimento de controle que é parte indissociável da cultura holandesa e que corresponde ao expoente máximo da autodeterminação. Gawande discute o suicídio assistido e posiciona-se como seu opositor. Para ele, a possibilidade de acelerar a morte poderia afastar sociedades inteiras do objetivo de melhorar a vida dos doentes, repleta de possibilidades. Ele defende a importância de acolher as demandas de quem está próximo ao fim da vida, com o firme propósito de terminar sua história da melhor forma possível. O processo de despedida é importante, tanto para a pessoa que está morrendo quanto para sua família. O uso desmedido de tecnologia nessa fase da doença consiste em uma calamidade: “[...] a maneira como negamos [o processo de morrer] às pessoas, por obtusidade e por negligência, é motivo de vergonha eterna” (p. 233).

Ser humano é ser limitado; é ser dotado de um corpo cujos órgãos inevitavelmente apresentarão sinais de fragilidade e falência, que acarretarão incapacidade funcional e dependência. Cada pessoa traça metas para sua vida, e a medicina precisa adequar suas intervenções para que se possa alcançar essas metas. “A única maneira de dar sentido à morte é nos enxergando como parte de algo maior: uma família, uma comunidade, uma sociedade. Se não o fazemos, a mortalidade

é simplesmente algo terrível. Porém se o fazemos, deixa de ser" (p. 123). Diante da inevitabilidade do envelhecimento, Gawande propõe o imperativo da solidariedade e do suporte social para melhorar a experiência individual da velhice e do processo de morrer. Para ele, não é admissível que as pessoas coloquem seus destinos nas mãos de profissionais de capacidade técnica superlativa que, no entanto, não compreendem as necessidades humanas.

Mortais é uma contribuição valiosa para a literatura médica, com desdobramentos para a antropologia da saúde. O livro denuncia deficiências na formação profissional, já sinalizadas por Norbert Elias¹⁹. Gawande defende a abordagem geriátrica, discute modalidades assistenciais criativas para idosos e estimula a reflexão sobre a indicação de abordagem paliativa para pacientes com doenças incuráveis. Ao contemplar todas essas questões, sustenta-se como obra apurada, de conteúdo atual e urgente, de valor para a sociedade em sentido amplo, e não apenas para profissionais da área da saúde.

Referências

1. Gawande A. *Mortais*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2015.
2. Becker HS. *Boys in white*. Chicago: University of Chicago Press; 1961.
3. Good B. *Medicine, rationality, and experience: an anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
4. Ariès P. *História da morte no ocidente*. Rio de Janeiro: Ediouro; 2003.
5. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saude Colet*. 2007; 4(17):134-40.
6. Cohen L. *No aging in India: alzheimer's, the bad family, and other modern things*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press; 1998.
7. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. 6a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2009.
8. Roth P. *Patrimônio*. São Paulo: Companhia das Letras; 2012.
9. Foucault M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva; 1978.
10. Sarton M. *As we are now*. New York: W. W. Norton & Company Inc; 1973.
11. Foucault M. O nascimento do hospital. In: Foucault M. *Microfísica do poder*. 3a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2015. p. 171-89.
12. Kane RL, West JC. *It shouldn't be this way: the failure of long-term care*. Nashville: Vanderbilt University Press; 2005.
13. Goffman E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1974.
14. Groen H. *Tentativas de fazer algo da vida*. São Paulo: Planeta; 2016.
15. Menezes RA. A medicalização da esperança: reflexões em torno da vida, saúde/doença e morte. *Amazônica: Rev Antropol*. 2013; 5:478-98.
16. Sontag S. *Doença como metáfora*. São Paulo: Companhia das Letras; 2007.
17. WHO. *Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers*. Geneva: World Health Organization; 2016.
18. Norwood F. *The maintenance of life*. Durham: Carolina Academic Press; 2009.
19. Elias N. *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

Submetido em 09/06/17. Aprovado em 30/06/17.



Registro fotográfico de ação coletiva, Acervo Encontrar-te

Em 2005, a partir de inquietações provocadas no encontro de duas estudantes de terapia ocupacional com seus primeiros pacientes, surge o Encontrar-te, um projeto que teve como mote a circulação na cidade de São Paulo, Brasil, por lugares da arte e da cultura e as diversas formas de conviver na cidade. Inquietava que a circulação dessas pessoas parecia se restringir aos seus espaços de tratamento.

Em um primeiro momento a proposta foi desenvolvida com o apoio do Programa Composições Artísticas e Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (PACTO-USP) e posteriormente o grupo seguiu de forma autônoma até o início de 2014, contando com a participação de diversos profissionais.

A proposta constituía-se de um grupo aberto à participação de qualquer pessoa, independente de condições sociais e/ou de saúde, no qual se desejava a diferença e o olhar para as singularidades. Investia-se em uma prática conectada com a invenção de formas de vida, de estar com o outro e de habitar a cidade, compondo dispositivos que favorecessem expressões poéticas, criativas e sensíveis e que operassem a inauguração de gestos singulares.

Intercalar encontros no consultório-ateliê com saídas pela cidade era o pulso que mantinha o grupo vivo. Nos dez anos de existência, muitas experimentações ocorreram: fotografias, *performances*, xilogravuras, vídeos, trabalhos corporais, exercícios de escrita, desenhos, intervenções urbanas, colagens, mapas, serigrafias, pinturas, mosaicos, comidas e viagens.



Registro fotográfico do livro objeto *Cartogafias Encontrarte*, de Gisele Asanuma, Acervo Encontrar-te

“O que é importante não são nunca as filiações, mas as alianças e as ligas; não são os hereditários, os descendentes, mas os contágios, as epidemias, o vento. As bruxas bem o sabem”.¹ (p. 83)



Registro fotográfico de ação coletiva, Acervo Encontrar-te

Mas um meio é feito de qualidades, substâncias, potências e acontecimentos: por exemplo a rua e suas matérias, como os paralelepípedos, seus barulhos, como o grito dos mercadores, seus animais, como os cavalos atrelados, seus dramas [...]. O trajeto se confunde não só com a subjetividade dos que percorrem um meio mas com a subjetividade do próprio meio, uma vez que este se reflete naquele que o percorre. O mapa exprime a identidade entre o percurso e o percorrido. Confunde-se com seu objeto quando o próprio objeto é movimento.² (p. 73)



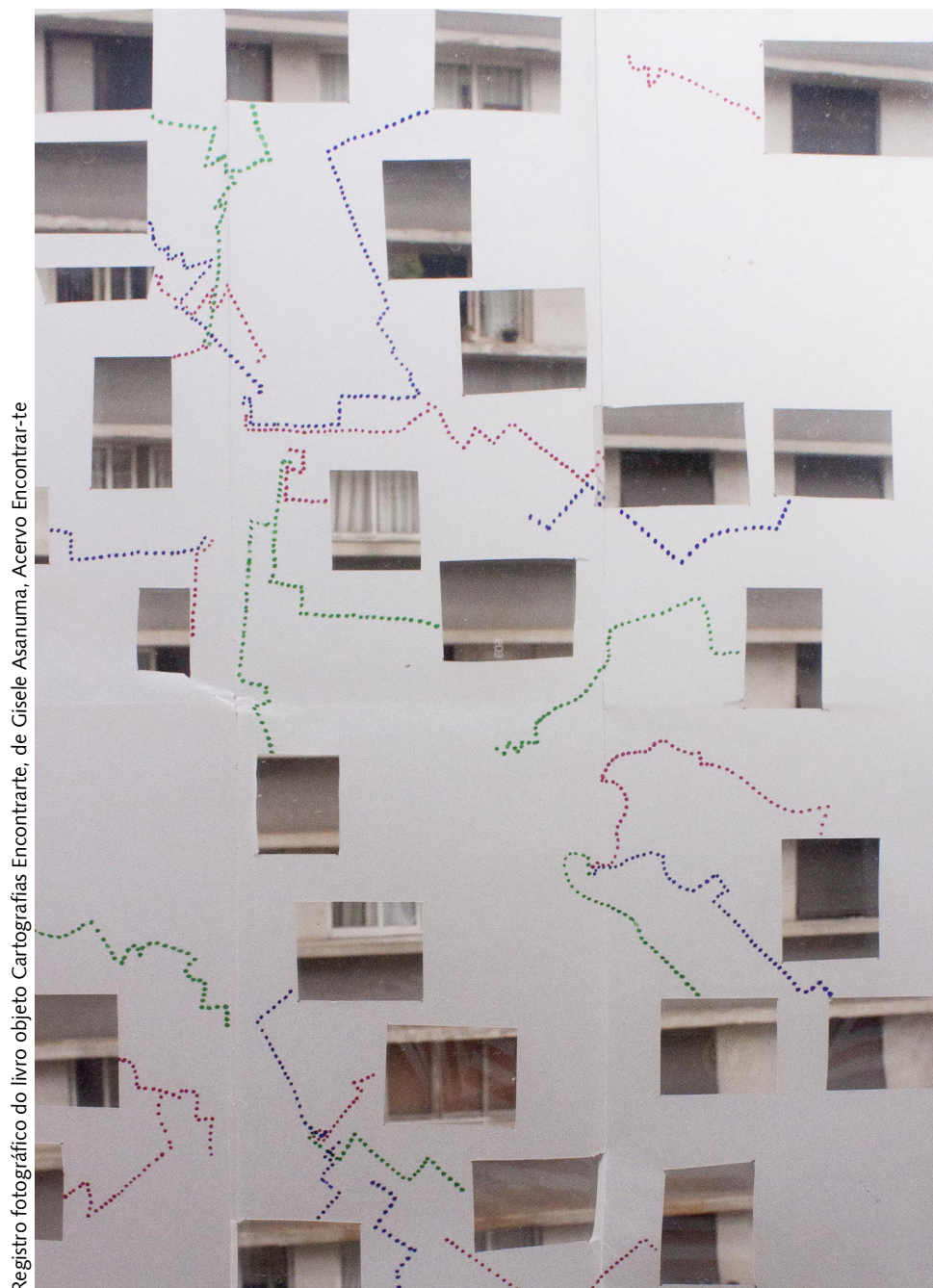
Aqui começa a viagem para cima. Aqui começa a viagem para baixo. O que as pessoas não sabem é que escadas não nos levam apenas acima e abaixo. Escadas são passagens para outras dimensões. Não se trata somente de subir ou descer, mas de transcender.



Registro fotográfico de ação coletiva, Acervo Encontrar-te

As alegrias proporcionadas por aquelas tardes eram inúmeras. Naqueles dias víamos a cidade de outros modos, circulávamos por novas ruas, com outras velocidades. Uma estranha alegria, que emocionava. Talvez pela experimentação que podíamos viver juntos. Pela intensa sensação de liberdade e desobrigação.³ (p. 91)

Nenhum compromisso formal com os moldes esperados em um encontro circunscrito a enquadres clínicos. O que mais importava era garantir a presença e o encontro. Nem a clínica, a cura, a produção de obras, a arte, a cultura e nem mesmo o eu estavam obrigados a nada. Nenhuma demanda a responder, ninguém a incluir, nada prescrito a fazer. A mobilidade, a ausência de formatações era o que interessava.



Registro fotográfico do livro objeto Cartografias Encontrarte, de Gisele Asanuma, Acervo Encontrar-te



Registro fotográfico do livro objeto Cartografias Encontrarte, de Gisele Asanuma. Acervo Encontrar-te

Abrir.

Abrir-se ao que juntos faríamos naquela tarde. Às imagens que os olhos podiam alcançar ou permitiam entrar. Disponibilidade para o outro, para o trânsito, para o acaso, para a cidade, para os transeuntes, para os sons...

Nada era preciso. Seguíamos.

E como anda um bando? Difícil saber quem lidera a caminhada. Quem decide quando ir? Como se dão esses acordos sem fala?



Registros fotográficos do livro objeto Cartografias Encontrarte, de Gisele Asanuma, Acervo Encontrarte

Passos apressados de um, talvez preocupado em traçar o caminho mais curto, mais reto ou mais breve e que, às vezes, se confundia com o único que conhecia.

Passos automáticos de outro, acompanhando o grupo de forma mimética. Parava, quando os outros paravam. Punha-se a caminhar quando os outros se movimentavam, em uma incrível capacidade de sincretizar seu movimento com os outros sem o recurso do olhar.

E havia aquele que caminhava pela guia das calçadas ou pela borda das ruas, mas nunca perto dos muros. Pelo meio da avenida 23 de maio, fora da faixa de pedestre, mas nunca em cima de uma ponte.

Um convite a ajustes constantes para encontrarmos uma distância que nos permita seguir juntos. Como seguir juntos sem a necessidade de impor um ritmo comum, uniforme? Não se trata de buscar nosso ritmo, como se precisássemos inventar uma unidade coletiva para podermos nos mover, mas de encontrar tacitamente um ritmo comum para que os ritmos de cada um possam pulsar em conexão.

Diferentes formas de circular no espaço. Cada um com sua organização sensorial, espacial e temporal, seus mapas prévios e outros elementos que povoam a experiência desse acontecimento coletivo. A noção de tempo se inverte e passa a ser vivida como a hesitação pela qual se engendra o que antes não havia, nem estava previsto ou era previsível, o tempo como criação contínua da imprevisível novidade.

Andar em bando permite experimentar outros modos de circular, deslocando os habituais, automáticos ou costumeiros. O corpo hesita, apressa ou retarda seu ritmo, em um esforço de nos mantermos próximos, de nos acompanharmos uns dos outros, exigindo novas orquestrações do tempo.



Registro fotográfico de ação coletiva, Acervo Encontrar-te

Saca-se da bolsa uma “trouxinha de dinheiro”. Estava já o dinheiro exato, com moedas e notas. As moedas estavam “encapadas” pelas notas, formando uma “trouxinha”. Então, vira-se com a “trouxinha” para a moça do guichê: “Quero dois passes!”. A moça, muito estranhada, desfez a trouxinha, hesitante, conferiu o valor a ser revelado pela “dobradura”. Estava correto. Então, entregou-lhe dois passes. Mas ainda surpreenderia a moça do guichê: “Você pode destacar os bilhetes pra mim?”.

Outro do grupo, com a mesma atendente de guichê: “Um bilhete pra ida e outro pra volta”. A moça rapidamente estica o braço e entrega o bilhete. Estava ainda transtornada com a abordagem anterior. A fila só aumentava. Desta vez, este usuário do metrô surpreenderia a moça com suas lentidões próprias. Ficou olhando, parado, como se a ação na compra do bilhete fosse apenas da atendente. A mulher então, muito irritada, bate com uma moeda no vidro e diz irritada, para apressá-lo: “São R\$ 4,60”. Ele resolve abrir a pochete e procurar o dinheiro. Muito lentamente, ele estica o braço com uma nota de R\$ 2,00. “O dinheiro não dá!” Ele pega então, mais uma nota de R\$ 2,00. “Agora sim!” – diz ele, com a certeza e a alegria de conseguir concluir a operação com sucesso. O raciocínio parecia ser o seguinte, dois bilhetes, dois dinheiros. A moça do guichê a esta altura estava fuzilando-o com os olhos, a fila aumentava ainda mais. A tensão aumentava. Ele consegue então, dar mais uma nota de R\$ 1,00. Recebe o troco e vamos embora, agora não mais fuzilados com o olhar da atendente da bilheteria, mas por toda fila que assistiu à cena que emperrou o fluxo da compra de bilhete de metrô.⁴ (p. 11-2)

Registro fotográfico de ação coletiva. Acervo Encontrar-te



Uma embriaguez apodera-se daquele que, por um longo tempo, caminha a esmo pelas ruas. A cada passo, o andar adquire um poder crescente; as seduções das lojas, dos bistrôs e das mulheres sorridentes vão diminuindo, cada vez mais irresistível torna-se o magnetismo da próxima esquina, de uma longínqua massa de folhagem, de um nome de rua.⁵ (p. 185)

Saber orientar-se numa cidade não significa muito. No entanto, perder-se numa cidade, como alguém se perde numa floresta, requer instrução. Nesse caso, o nome das ruas deve soar para aquele que se perde como o estalar do graveto seco ao ser pisado, e as vielas do centro da cidade devem refletir as horas do dia tão nitidamente quanto um desfiladeiro.⁶ (p. 73)

Andamos juntos, povoando, habitando, explorando, estranhando a cidade. Pegamos o metrô, atravancamos a bilheteria com as lentidões próprias, querendo pagar os dois bilhetes com os dois dinheiros. Irritamos as pessoas, desorientamos os atendentes, conversamos e desconversamos em várias línguas durante os trajetos. Os trajetos que percorremos, o ônibus que tomamos são todos eles espaços de incitação. Verdadeiros estrangeiros, seguimos viagem, desbravando a selva bruta, mata fechada de mau humor e sorrisos trancados. Mas nem ligamos, muitas vezes nem percebemos. A alegria da viagem, do encontro dissipa um tanto a presença dos que apertaram o botão do automatismo diário e estão indisponíveis para estar com outras pessoas.

A cada saída, uma orquestração de desconcertos – algum atendente de guichê, algum cobrador de ônibus, transeunte desatento, vendedor desavisado ou terapeutas neuróticos são convocados para um estranho encontro. Há uma incrível capacidade de tirar as pessoas dos eixos. O automatismo das funções, do funcionamento da cidade e de nós mesmas é colocado em xeque a cada encontro que o grupo trava com a cidade⁷.

Registro fotográfico do livro Cartografias Encontre, de Gisele Asanuma, Acervo Encontrar-te





Fotografia de xilogravura de Gisele Asanuma sobre janela, Acervo Encontrar-te

Colaboradores

Todas as autoras participaram ativamente da discussão dos resultados, da revisão e da aprovação da versão final do trabalho.

As imagens foram realizadas de forma colaborativa pelos participantes do Projeto Encontrar-te e compõem-se de montagens fotográficas a partir de registros, colagens e gravuras, editadas por Isabela Valent e Gisele Asanuma.

Referências

1. Deleuze G, Parnet C. Diálogos. São Paulo: Escuta; 1998.
2. Deleuze G. Crítica e clínica. São Paulo: Ed. 34; 1997.
3. Valent IU. Fazer imagens, inventar lugares: experimentações fotográficas e audiovisuais em práticas artísticas na interface arte, cultura e saúde [dissertação]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2014.

4. Asanuma GD. Poéticas do inacabado: verbetes para uma clínica em trânsito [dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2010.
5. Benjamin W. Charles Baudelaire um lírico no auge do capitalismo. São Paulo: Brasiliense; 1989.
6. Benjamin W. Rua de mão única. São Paulo: Brasiliense; 1995.
7. Encontrar-te. Sutis acontecimentos no meio da multidão [curta-metragem audiovisual]. São Paulo: Distribuição independente; 2011 [citado 22 Fev 2018]. Disponível em: <https://vimeo.com/101228688>.

Este trabalho apresenta imagens disparadas por modos de olhar e habitar a cidade de São Paulo, Brasil, desenvolvidos a partir da experiência do Projeto Encontrar-te entre os anos de 2005 e 2014. O projeto realizava saídas na cidade com um grupo formado a partir de uma composição heterogênea. A circulação por lugares da arte e da cultura em uma prática conectada com a invenção de formas de vida, de estar com o outro e de habitar a cidade compôs artifícios que favoreceram expressões poéticas, criativas e sensíveis; e a inauguração de gestos singulares.

Palavras-chave: Arte. Produção de subjetividade. Terapia ocupacional. Poética. Circulação urbana.

Encontrar-te: poetic routes and invention of places

This study presents images resulting from ways of looking at and living in the city of São Paulo, Brazil, based on the experiences of the Encontrar-te project between 2005 and 2014. Heterogeneous groups moved around the city as a routine activity in the project. The circulation in art and culture-related places in a practice connected to the invention of forms of living, being with other people and inhabiting the city originated skills that favored poetic, creative and sensitive expressions and the initiation of singular gestures.

Key words: Art. Subjectivity production. Occupational therapy. Poetry. Urban circulation.

Encontrarte: trayectos poéticos e invención de lugares

Este trabajo presenta imágenes disparadas por modos de mirar y habitar la ciudad de São Paulo, Brasil, desarrollados a partir de la experiencia del Proyecto Encontrarte entre los años 2005 y 2014. El proyecto realizaba recorridos por la ciudad con un grupo formado a partir de una composición heterogénea. La circulación por lugares del arte y de la cultura en una práctica conectada con la invención de formas de vida, de estar con el otro y de habitar la ciudad compuso artificios que favorecieron expresiones poéticas, creativas y sensibles y la inauguración de gestos singulares.

Palabras clave: Arte. Producción de subjetividad. Terapia ocupacional. Poética. Circulación urbana.

Submetido em 22/02/17. Aprovado em 18/09/17.

INTERFACE

Superfície de contato, de
tradução, de articulação
entre dois espaços, duas
espécies, duas ordens de
realidade diferentes

Pierre Lévy